



НИГАҲДОРИИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАДЖИКИСТАНА

HEALTH CARE OF TAJIKISTAN

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 1933 г.

1 (356) 2023

Сармухаррир: Ибодов Ҳ. – д.и.т., профессор, академики Академии илмҳои тиббӣ-техникии Федератсияи Россия

Муовини сармухаррир: Икромов Т.Ш. – доктори илмҳои тиб, дотсент, Директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона»

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Абдуллозода Ҷ.А. – д.и.т., профессор, Вазири тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ, академики АБИЭБ

Аҳмадов А.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Аҳмадзода С.М. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Ғоибзода А.Ҷ. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Қурбон У.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ

Мирочов Ғ.Қ. – д.и.т., профессор, академики АМИТ

Муродов А.М. – д.и.т., профессор, академики АИТТ ФР

Олимзода Н.Х. – д.и.т., профессор

Рофиев Р.Р. – н.и.т., профессор, котиби масъул

Разумовский А.Ю. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АИ Федератсияи Россия

Расулов У.Р. – д.и.т., профессор

Главный редактор: Ибодов Ҳ. – д.м.н., профессор, академик Медико-технической академии наук Российской Федерации

Заместитель главного редактора: Икромов Т.Ш. – доктор медицинских наук, доцент, Директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, Министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, академик МАНЭБ

Ахмедов А.А. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Аҳмадзода С.М. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Ғаибзода А.Д. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Қурбон У.А. – д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ

Мироджов Ғ.Қ. – д.м.н., профессор, академик НАНТ

Муратов А.М. – д.м.н., профессор, академик АМТН РФ

Олимзода Н.Х. – д.м.н., профессор

Рофиев Р.Р. – к.м.н., профессор, ответственный секретарь

Разумовский А.Ю. – д.м.н., профессор, член-корр. РАН Россия

Расулов У.Р. – д.м.н., профессор

ДУШАНБЕ

М У Н Д А Р И Ч А

Бозоров Н.И., Қобилов Ж.А., Мазҳабов Д.М., Ҳақимов Г.А., Сайдахмадов Ш.Б., Юлчиев Р.И., Шукуров Ф.И. Баъзе ҷанбаҳои клиникӣ, таъхис ва баҳодиҳии самаранокии табобати омосҳои солитарӣ ва аз аввалбисёраи пӯсти бинӣ ва чини лабу бинӣ (ОСАБПБЧЛБ).....	5
Бобоҳочаев О.И., Муминзода Б.Г., Укуматшоева Л.Ш., Маҳмудова П.У. Ҷараёни тағйирот дар микдори хуруҷи бемории сил дар Ҷумҳурии Тоҷикистон	13
Давлатов Ҷ.А., Абдувоҳидов Б.У., Юлдошев Х.Ф., Тошпулатов У.Т., Ҷобиров Ш.И. Истифодаи анастомози тасҳеҳшуда бо усули блелок таусинг дар табобати ҷарроҳии нуқсонҳои мураккаби модарзодии дил бо хемодинамикаи унiventрикулярӣ ва камхунӣ хунгардиши хурд.....	19
Зубайдов Р.Н. Баҳодиҳӣ ба атеросклерозии шараёни хоб ва омилҳои хатарнок дар беморони гирифтори буғумдарди тарбодмонанд.....	24
Ибодов Ҳ., Мираков Х.М., Икромов Т.Ш., Ибодов Н.С., Рофиев Р. Усулҳои миниинвазивии табобати уретерогидронефрози обструктивӣ дар кудакон.....	29
Икромов Т.Ш., Шамсов Б.А., Ҷумаева Л.Ф., Янгибаева Б.У. Арзёбии ҳолати инкишофи ҷисмонӣ ва асабӣ-психикии кӯдакони синни барвақтӣ, ки аз модарони Ҳангоми Ҳомиладорӣ COVID-19-ро аз сар гузаронида таваллуд шудаанд	34
Имомова Ф.З., Каримов С.М. Информативии таъхисӣ ва пешгӯии индекси стоматологии полиморбидӣ Ҳангоми вайронҳои Ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт дар байни беморони соматикӣ.....	40
Маҳмадов Ф.И., Садуллоев Д.Н., Болтубоев М.М. Муродов А.И., Ашуров А.С., Сафаров Ф.Ш., Наҷмудинов Ф.Н., Шамсуллозода Ш.Н. Интиҳоби усули ислоҳи ҷарроҳии хунравии дохили батнии баъдиҷарроҳӣ баъд аз амалиётҳо дар мавзеи гепатобилиарӣ	46
Мукарамшоева М.Ш. Арзиши самараи барномаи ЭКО дар занони гирифтори безуретӣ пас аз ҷарроҳии дар узвҳои коси хурд	54
Мухсинзода Н.А. Дурнамои пешгирии саратони гарданаки бачадон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	60
Раҳмонов Ҷ.Э. Баъзе аломатҳои клиникӣ- эпидемиологии ҷанбаҳои коинфексия ВНМО/гепатити С.....	66
Сафаров М.И., Муминзода Б.Г. Натиҷаи пурсиши мутахассисон оид ба масъалаи хизматрасонии тиббӣ ба беморони гирифтори бемории қалб ва рағу шараёни он дар марҳилаи то бистаршавӣ	72
Сирочидинова У.Ю., Розиков У.И., Сайдалиев С.М., Юсупҷонова Ҷ.М. Реаксияҳои морфологии раванди иммунологӣ дар ҳайвоноти таҷрибавӣ, ки бо вакцинаи БСЖ дар шароити баландкӯҳӣ ва пасткӯҳӣ қарор доранд.....	79
Ҳафизов А.А., Султонов Ш.Р. Истифодаи самараноки таҳлили сефалометрӣ дар протез бо сохторҳои собит дар имплантатҳои дандонпизишкӣ истифодабаранда дар беморони гирифтори дантулизми пурраи даҳон	83
Холов С.С. Тавсифи меъёрҳои таъхиси бемории Бехчет	93
Эргашов М.Б., Муратназарова Н.А. Асосноккунӣ илмӣ барномаҳо оид ба мубориза ба бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ дар асоси арзёбии истинод вохидҳои маъмурӣ ва ҳудудии Туркманистон.....	100
Қодиров Д.М., Қодиров Ф.Д., Табаров З.В., Сайдалиев Ш.Ш. Дарзи дусатҳии муттасили претсизионӣ Ҳангоми ташаккул додани гастродуоденоанастомози арзӣ дар беморони гирифтोर ба тангшавии пилородуоденалӣ	107

ТАҒСИР

Расулов С.Р., Обидов Ҷ.С. Саратони диффузии ғадуди ширӣ (эпидемиология ва клиника).....	113
Решетняк В.И., Маев И.В. Дислипидемия ва хусусиятҳои он Ҳангоми холангити аввалияи биллиарӣ	119

ХОТИРА

Ба 90 солагии Асимов Аслиддин Сайфиддинович.....	131
--	-----

ТАЪЗИЯНОМА

Мирзоева Зухро Амондуллоевна	132
------------------------------------	-----

ОГЛАВЛЕНИЕ

Базаров Н.И., Кобилев Ж.А., Мазхабов Д.М., Хакимов Г.А., Сайдахмадов Ш.Б., Юлчиев Р.И., Шукуров Ф.И. Некоторые аспекты клиники, диагностики и результативности лечения солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки (СПМОКННГС)

Бобоходжаев О.И., Муминзода Б.Г., Укуматшоева Л.Ш., Махмудова П.У. Динамика изменений числа рецидивов туберкулеза в Республике Таджикистан

Давлатов Д.А., Абдувохидов Б.У., Юлдошев Х.Ф., Тошпулотов У.Т., Джобиров Ш.И. Применение модифицированного анастомоза по блелок-тауссигу при хирургическом лечении сложных врожденных пороков сердца

Зубайдов Р.Н. Оценка атеросклеротических поражений сонных артерий и факторов риска у больных с ревматоидным артритом

Ибодов Х., Мираков Х.М., Икромов Т.Ш., Ибодов Н.С., Рофиев Р. Миниминвазивные методы лечения обструктивного уретерогидронефроза у детей

Икромов Т.Ш., Шамсов Б.А., Джумаева Л.Ф., Янгигаева Б.У. Оценка состояния физического и нервно-психического развития детей раннего возраста родившихся от матерей перенесших COVID-19 во время беременности

Имомова Ф.З., Каримов С.М. Диагностическая и прогностическая информативность индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных

Махмадов Ф.И., Садуллоев Д.Н., Болтубоев М.М. Муродов А.И., Ашуров А.С., Сафаров Ф.Ш., Нажмудинов Ф.Н., Шамсуллозода Ш.Н. Выбор тактики хирургической коррекции послеоперационных внутрибрюшных кровотечений при операциях в гепатобилиарной зоне

Мукаррамшоева М.Ш. Оценка эффективности программ ЭКО у женщин с бесплодием, после хирургических вмешательств на органах малого таза

Мухсинзода Н.А. Перспективы профилактики рака шейки матки в Республике Таджикистан

Рахмонов Дж.Э. Некоторые клинико-эпидемиологические аспекты коинфекции ВИЧ/гепатит С

Сафаров М.И., Муминзода Б.Г. Результаты опроса специалистов по вопросам обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе

Сироджидинова У.Ю., Розиков У.И., Сайдалиев С.М., Юсупджанова Дж.М. Морфологические реакции иммунного процесса у экспериментальных животных, вакцинированных вакциной бцж в условиях высокогорья и низкогогорья

Хафизов А.А., Султанов Ш.Р. Эффективность использования цефалометрического анализа при протезировании несъемными конструкциями на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией челюстей

Холов С.С. Характеристика диагностических критериев в болезни Бехчета

Эргашов М.Б., Муратназарова Н.А. Научное обоснование программ борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями на основе бенчмаркинга административно-территориальных единиц Туркменистана

Кадиров Д.М., Кодиров Ф.Д., Табаров З.В., Сайдалиев Ш.Ш. Двухуровневый непрерывный прецизионный шов при формировании поперечного гастродуоденоанастомоза у больных пилородуоденальным стенозом

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Расулов С.Р., Обидов Дж.С. Диффузный рак молочной железы (эпидемиология, клиника)

Решетняк В.И., Маев И.В. Дислипидемия и ее особенности при первичном билиарном холангите

ПАМЯТЬ

К 90 летию Асимова Аслиддина Сайфиддиновича

НЕКРОЛОГ

Мирзоева Зухра Амондуллаевна

CONTENS

- 5 Bazarov N.I., Kobilov J.A., Mazhabov J.M., Khakimov G.A., Saydahmadov Sh.B., Yulchiev R.I., Shukurov F.I. Some aspects of the clinic, diagnostics and effectiveness of the treatment of solitary and primary multiple tumors of the nose skin and nosolabial folding (SP-MTNSNF)
- 13 Bobokhojaev O.I., Muminzoda B.G., Ukumatshoeva L.Sh. Dynamics of changes in the number of relapses of tuberculosis in Republic of Tajikistan
- 19 Davlatov J.A., Abduvokhidov B.U., Yuldoshev H.F., Toshpulotov U.T., Jobirov S.I. The use of a modified blelock taussig anastomosis in the surgical treatment of complex congenital heart defects with univentricular hemodynamics and depleted pulmonary blood flow
- 24 Zubaidov R.N. Assesmen of atherosclerotic lesions of the carotid artery and risk factors for rheumatoi arthritis patients
- 29 Ibodov H., Mirakov H.M., Ikromov T.Sh., Ibodov N.S., Rofiev R. Minimally invasive methods for the treatment of obstructive uretero-hydronephrosis in children
- 34 Ikromov T.Sh., Shamsov B.A., Jumaeva L.F., Yangibaeva B.U. Assessment of the physical and neuropsychological development of infants born to mothers who underwent COVID-19 during pregnancy
- 40 Imomova F.Z., Karimov S.M. Diagnostic and prognostic and prognostic effectiveness of the dental polymorbidity index for combined lesions of the pulpal-periodontal complex in somatic patients
- 46 Makhmadov F.I., Sadulloev D.N., Boltuboev M.M. Murodov A.I., Ashurov A.S., Safarov F.Sh., Najmudinov F.N., Shamsullozoda Sh.N. Choice of tactics for surgical correction of postoperative intra-abdominal bleeding during surgery in the hepatobiliary zone
- 54 Mukharamshoeva M.Sh. Evaluation of the efficacy of ivf programs in women with infertility who have surgical interventions on the pelvic organs
- 60 Muhsinzoda N.A. Perspectives of the prevention of cervical cancer in the Republic of Tajikistan
- 66 Rakhmonov J.E. Some clinical and epidemiological aspects of HIV/hepatitis C coinfection
- 72 Safarov M.I., Muminzoda B.G. Results of the survey of specialists in service for patients with cardiovascular diseases at the pre-hospital stage
- 79 Sirodzhidinova U.Yu., Rozikov U.I., Saydaliev S.M., Yusupdzhanova J.M. Morphological reactions of the immune process in experimental animals vaccinated with bcg vaccine under high and low altitude
- 83 Khafizov A.A., Sultanov Sh.R. The effectiveness of the use of cephalometric analysis in prosthetics with fixed structures on dental implants in patients with complete edentulism of the jaws
- 93 Kholov S.S. Characterization of the diagnostic criteria for Behcet's disease
- 100 Ergashov M.B., Muratnazarova N.A. Scientific background for programs to combat chronic non-communicable diseases on the basis of benchmarking of administrative-territorial units of Turkmenistan
- 107 Kadyrov D.M., Kodirov F.D., Tabarov Z.V., Saidaliev Sh.Sh. Two-level continuous precision suture for transverse gastroduodenostomosis in patients with pyloroduodenal stenosis

REVIEW OF LITERATURE

- 113 Rasulov S.R., Obidov J.S. Diffuse breast cancer (epidemiology, clinic)
- 119 Reshetnyak V.I., Maev I.V. Dyslipidemia and its features in primary biliary cholangitis

COMMEMORATION

- 131 To the 90th anniversary of Asimov Asliddin Saifiddinovich

NECROLOGY

- 132 Mirzayeva Zukhra Amondullayevna

УДК 616-006; 616-08;616,316-006; 617-53

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-5-12

Н.И. Базаров¹, Ж.А. Кобиров³, Д.М. Мазхабов¹, Г.А. Хакимов³, Ш.Б. Сайдахмадов², Р.И. Юльчиев²,
Ф.И. Шукуров³

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНЫХ И ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НОСА И НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ (СПМОКННГС)

¹*Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”*

²*Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

³*Ташкентский городской филиал республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан*

Базаров Негмат Исмаилович - д.м.н., профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Email: bazarovnegmat@mail.ru

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и оценка эффективности лечения солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки.

Материал и методы исследования. Произведен проспективный анализ клинических данных историй болезни 74 больных с различными солитарными и первично множественными опухолями кожи носа и носогубной складки, и оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2019 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка эффективности лечения 70 (100%) больных со злокачественными СПМОКННГС показала, что у 63 (90%) больных результат был отменный, у 4 (6%) - хороший результат и у 3 (4%) пациентов получен **неудовлетворительный** результат. Качество жизни пациентов по шкале Карновского от минимальных 60% улучшилось до 100%.

Заключение. Адекватные методы лечения при СПМОКННГС позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 96% больных, что ускорило реабилитацию и улучшило качество жизни этих больных.

Ключевые слова: частота, клиника, диагностика, оценка результативности лечения солитарных и первично множественных злокачественных опухолей кожи носа и носогубной складки.

N.I. Bazarov¹, J.A. Kobilov³, J.M. Mazhabov¹, G.A. Khakimov³, Sh.B. Saydahmadov², R.I. Yulchiev², F.I. Shukurov³.

SOME ASPECTS OF THE CLINIC, DIAGNOSTICS AND EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF SOLITARY AND PRIMARY MULTIPLE TUMORS OF THE NOSE SKIN AND NOSOLABIAL FOLDING (SPMTNSNF)

¹*Department of Oncology and Diagnostics Radiology of Avicenna Tajik State Medical University;*

²*Scientific-Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;*

³*Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology*

Bazarov Negmat Ismailovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Oncology and Radiation Diagnostics, Avicenna Tajiks State Medical University; Email: bazarovnegmat@mail.ru

Aim. To study the features of the clinic, diagnose and evaluate the effectiveness of the treatment of solitary and primarily multiple tumors of the skin of the nose and nasolabial fold (SPMTNSNF).

Material and methods. Work is based on a prospective analysis of clinical data of case histories of 74 patients with various solitary and primarily multiple tumors of the skin of the nose and evaluation of the treatment effectiveness in the State Institution “Republican Oncological Scientific Center” of the MoH and SPP of the RT 2015 to 2019.

Results and its discussion. Evaluation of the effectiveness of treatment of 70 (100%) patients with malignant SPMTNSNF in 63 (90%) cases showed excellent result, in 4 (6%) - good results and in 3 (4%) cases unsatisfactory results. The quality of life of patients according to Karnowski scale improved from a minimum of 60% to 100%.

Conclusion. Adequate treatment methods for SPMTNSNF made it possible to achieve satisfactory and excellent results in 96% of patients, which accelerated rehabilitation and improved the quality of life of these patients.

Keywords: frequency, clinic, diagnostics, performance evaluation, treatment of solitary and primarily multiple tumors of the skin of the nose and nasolabial fold.

Актуальность. Среди злокачественных эпителиальных новообразований кожи базальноклеточная морфологическая структура составляет от 75% до 90%. Научные сведения о частоте первично-множественных злокачественных опухолей кожи (ПМЗО) головы и лица (ПМЗОКГЛ) противоречивые и составляют от 4% до 12%, а доброкачественные опухоли составляют от 88% до 96%, по данным различных авторов [1-10]. На сегодняшний день в качестве диагностики солитарных и ПМЗОКГЛ применяют комплексный подход, который включает в себя целый ряд клинических, лабораторных, инструментальных, иммуно-гистохимических и молекулярно-генетических методов исследования. Однако до настоящего времени не установлены этиология, частота, последовательность появления вторичных, третичных опухолей у больных с ПМЗО кожи носа и носогубной складки [1, 4, 6, 8, 9]. В настоящее время для оценки качества жизни онкологических больных применяются различные вопросники - анкеты. Но наибольшее распространение получили американский вопросник FACT-G и европейский - EORTC QLQ-C30, последняя анкета содержит 30 вопросов, сгруппированных в функциональные шкалы: 3 шкалы симптоматики, шкалу общего качества жизни и одиночных пунктов [1, 5, 11]. Вопрос рака кожи щеки, ушной раковины, других частей лица и шеи достаточно хорошо изучен и достигнуты относительно благоприятные результаты в лечении. Однако до настоящего времени вопросы этиологии, частоты, особенности, клиники, диагностики, морфологического строения и оценка эффективности терапии солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки мало изучены, согласно литературным источникам, а также содержится крайне мало сведений об этой локализации рака в Республики Таджикистан. Вышеприведённые обстоятельства стимулируют продолжение поиска, направленного на изучение этиологии, частоты среди опухолей головы и шеи, для вторичной и третичной профилактики, лечения и изучения качества жизни при СПМОКННГС [3-11].

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и оценка эффективности

лечения солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт, истории болезни 16875 больных с различными опухолями и опухолеподобными процессами челюстно-лицевой области и шеи (ООПЧЛОШ), которые находились на обследовании и лечении в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ) с 2015 по 2019 годы. Среди 16875 (100%) пациентов с ООПЧЛОШ у 74 (0,43%) больных солитарные и первично множественные опухоли локализовались в основном на коже носа, носогубной складке, других частях лица и тела.

Эффективность реабилитации у 70 (100%) больных солитарными и первично множественными опухолями, локализованными на коже носа и носогубной складке, мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток после хирургического, комбинированного, комплексного лечения, когда пациент начинал ощущать прекращение боли, снижение отёка, припухлости в области послеоперационной раны. Кроме того, больные СПМОКННГС отмечали восстановление таких функции, как: а) носовое дыхание, б) обоняние, в) эстетическая составляющая, г) мимические мышцы, д) зрение, е) жевание, ж) слух и другие. Субъективный эффект у пациентов СПМОКННГС варьировал от 7 до 15 дней.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям:

1) отменный результат, когда одиночные или первично множественные опухоли кожи носа и носогубной складки после лишь одного курса лучевого, хирургического, комбинированного, комплексного лечения исчезали полностью (то есть происходила полная регрессия). Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения восстановления функций органов головы и шеи спустя шесть месяцев и год, и когда отсутствовали признаки рецидива СПМОКННГС в течение 3-5 лет;

2) хороший результат, когда одиночные или первично множественные опухолевые очаги кожи носа и носогубной складки после лечения исчезали наполовину (то есть частичная регрессия). Когда пациенты были подвергнуты повторному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи через шесть месяцев и год, и когда отсутствовали признаки рецидива, метастазов СПМОКННГС в течение 3-5 лет;

3) удовлетворительный результат, когда одиночные или первично множественные опухолевые очаги кожи носа и носогубной складки, после лечения оставались в прежних размерах (то есть стабилизация процесса). Когда больные были подвергнуты повторному хирургическому, комбинированному, комплексному лечению и удалось получить положительные результаты по восстановлению функций органов головы и шеи спустя шесть месяцев и год, и когда отсутствовали признаки рецидива, метастазов СПМОКННГС в течение 3-5 лет;

4) неудовлетворительный результат, когда не удалось добиться положительных результатов лечения одиночных или первично множественных опухолевых очагов кожи носа и носогубной складки. Даже, когда применялись комбинированные, комплексные методы, а также, несмотря на назначение гормонотерапии, не удалось получить положительные результаты по восстановлению функций органов головы и шеи в течение года, 3-5 лет. Кроме того, наблюдались ранний, поздний рецидивы, метастазы и появлялись новые очаги СПМОКННГС в течение года.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты исследования и их обсуждение.

Под нашим наблюдением и на лечении находились 74 (100%) больных различными СПМОКННГС, среди них мужчин было 34 (46%), женщин – 40 (54%), возраст пациентов колебался от 17 до 89 лет. При анализе сроков обращения (в месяцах и годах) среди 74 (100%) больных СПМОКННГС варьировала от 1 месяца до 20 лет. Анализ симптомов среди 74 пациентов с СПМОКННГС показал, что у 50 (68%) больных имелась опухолевая язва, которая кровоточила при прикосновении и в течение длительного времени не заживала, несмотря на применение различных противовоспалительных, гормональных и других мазей. У остальных 24 (32%) больных новообразования имели одиночно

и множественно узловую форму. Рассмотрение вопроса о месте проживания больных СПМОКННГС показало, что 62 (84%) пациента были жителями сельской местности, 12 (16%) – жителями городов Республики Таджикистан и приграничных районов Республики Узбекистан.

Рассмотрение причин развития злокачественных (ЗСПМОКННГС) среди 72 больных показало:

а) у 62 (86%) пациентов новообразования возникли под воздействием солнечной радиации в диапазоне 290-330 нм, а также на фоне различных доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов, специфических процессов; (гиперкератозов, пигментных ксеродермы, после лучевого лечения сосудистых опухолей в детстве, хронической травматизацией опухолей кожи носа, носогубной складки, лица и несоблюдение индивидуальной гигиены головы, лица и других частей тела);

б) у 6 (8%) пациентов со светлым окрасом кожи (светочувствительной) - под длительной экспозицией солнечной радиации (после солнечного загара);

в) у 4 (6%) пациентов - после термических и фотоожогов (рис. 1).

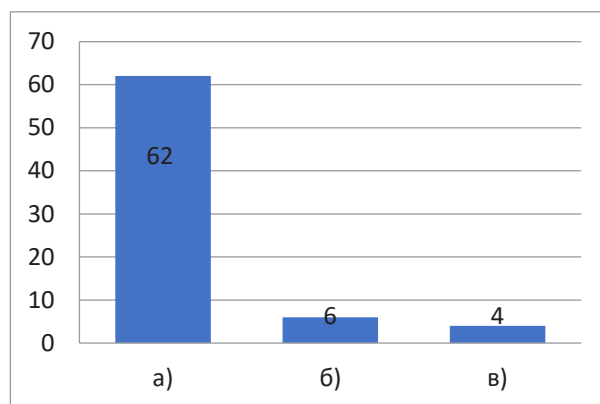


Рисунок 1. Причины развития злокачественных новообразований у пациентов с СПМОКННГС

Патоморфологическое исследование среди 74 (100%) больных с СПМОКННГС показало, что у 72 (97%) пациентов были установлены злокачественные новообразования и в порядке убывания у 54 (75%) больных был верифицирован базальноклеточный рак, у 10 (14%) - плоскоклеточный ороговевающий рак, у 8 (11%) - плоскоклеточный неороговевающий рак. У остальных 2 (3%) больных с СПМОКННГС были установлены доброкачественные процессы (ДП), из них: у 1 (1,5%) – аденома потовых желёз, у 1 (1,5%) - кавернозная гемангиома.

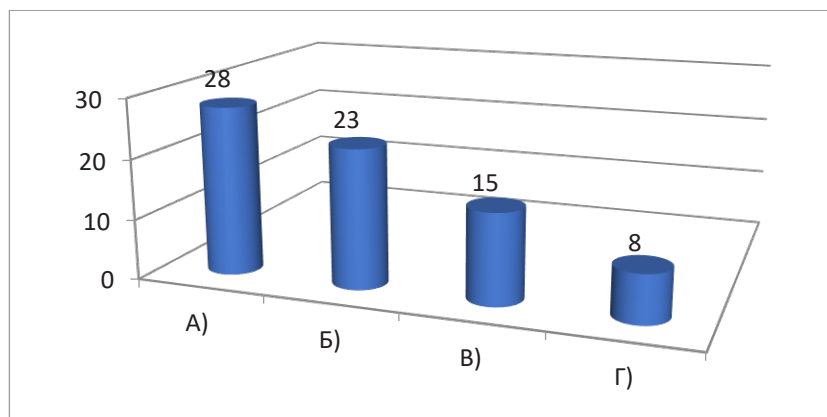


Рисунок 2. Локализация солитарных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки.

При анализе локализации СПМОКННГС среди 74 (100%) в порядке убывания была установлена (рис. 2) следующая закономерность:

А) у 28 (38%) больных опухоли кожи носа и носогубной складки локализовались на спинке носа;

Б) у 23 (31%) больных - на крыльях носа;

В) у 15(20%) больных - на кончике носа;

Г) у 8 (11%) больных - на носогубной складке;

У 74 пациентов СПМОКННГС в целом имелись 104 очага локализаций новообразований, из них: одиночных было 55 (77%), а множественные очаги локализации новообразований наблюдались у 17 (23%) больных (в количестве 51 очагов). Распространённость солитарных и первично множественных злокачественных опухолей кожи носа и носогубной складки 72 (100%) пациентов в соответствии с международной системой TNM выглядела следующим образом: T1N0M0 установлен у 12 (17%) больных, T2N0M0 - у 32 (44%) пациентов, T3N0M0 - у 8 (11%) больных, T4N0M0 - у 16 (22%) пациентов, T4N1M0 – у 4 (6%) больных.

Из 72 больных с солитарными и первично множественными злокачественными опухолями кожи носа и носогубной складки двое пациентов отказались от предложенных специальных методов лечения. В связи с чем остальным 70 (100%) пациентам со злокачественными солитарными и первично множественными опухолями кожи носа и носогубной складки (ЗСПМОКННГС) были проведены различные виды лечения, которые представлены на рисунке 3, при этом комбинированное лечение получили 29 (41%) пациентов, хирургическое - 27 (39%) больных, лучевое – 12 (17%) пациентов, комплексное – 2 (3%) больных. Таким образом, комбинированное и комплексное лечение получили 44% больных со ЗСПМОКННГС, хирургическое - 39% пациентов, лучевое - 17% больных.

Оценка эффективности лечения у 70 (100%) больных со ЗСПМОКННГС представлены в рис.4., согласно которой, у 63 (90%) - получены отменные результаты, то есть наблюдалась 4-х годичная ремиссия; у 4 (6%) - хорошие результаты; у 3 (4%) - неудовлетворительные результаты лечения.

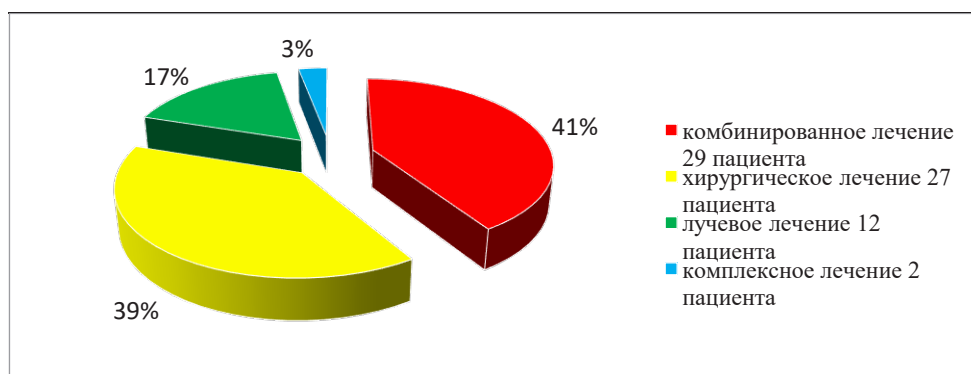


Рисунок 3. Способы лечения больных со злокачественными солитарными и первично множественными опухолями кожи носа и носогубной складки (ЗСПМОКННГС)

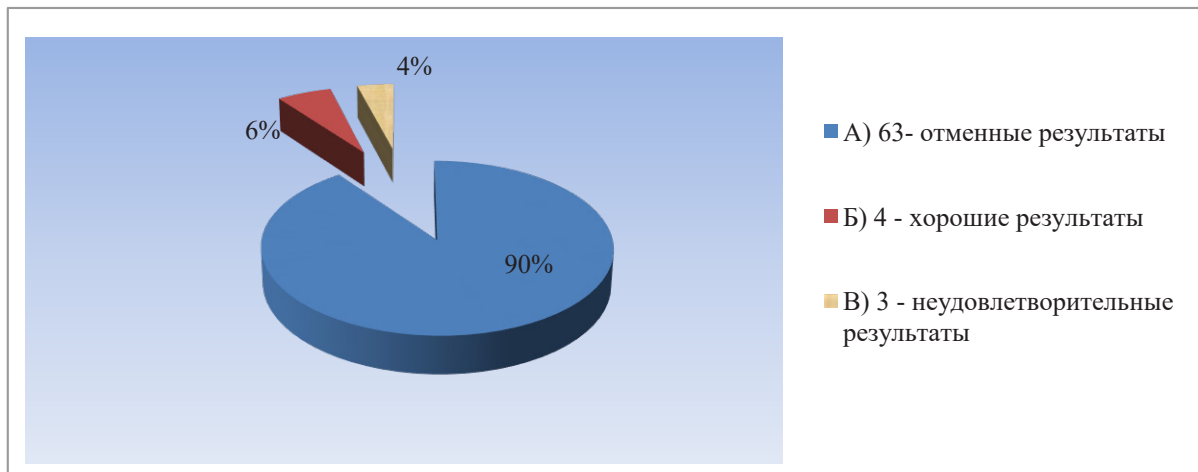


Рисунок 4. Результаты анализа эффективности лечения больных со злокачественными солитарными и первично множественными опухолями кожи носа и носогубной складки (ЗСПМОКННГС)

Оценка качества жизни пациентов СПМОКННГС по шкале Карновского проведена у 70 (100%) больных, которая из минимальных 60% улучшилась до 100%. Для иллюстрации отменных и удовлетворительных результатов лечения, которые составили 67 (93%), приводим клинические примеры.

1) **Больная Мирзоева М. 56 лет**, поступила в клинику кафедры онкологии с диагнозом рак кожи кончика носа, II стадия, T2N0M0, II клиническая группа. Состояние после лучевой терапии. Результат лечения - стабилизация опухолевого процесса.

Больной 12.03.2014 г. было выполнено электрохирургическое иссечение опухоли кожи кончика, верхней части крыла носа (состояние после внутритканевой химиотерапии 250 мг фторурацилом) и пластика кожно-подкожным лоскутом из носогубно-щечной складки слева.



Рисунок 5. Больная М. 56 лет. Рак кожи кончика носа, II стадия, T2N0M0, II клиническая группа. Состояние после лучевого лечения. Результат лечения - стабилизация опухолевого процесса

Заживление послеоперационной раны донора и реципиента у пациента происходило первичным натяжением.

2) **Больная Каландарова А., 83 года**, поступила в клинику кафедры онкологии с диагнозом базалиомы кожи носогубной складки и верхней губы слева, T4N0M0, II- клиническая группа. Состояние после предоперационной лучевой терапии (45 грей). Результат лечения частичная регрессия опухоли, из приграничного района Сарыясии Республики Узбекистан. Больной 20.11.2019 г. было произведено электрохирургическое иссечение опухоли кожи носогубной складки, верхней губы с замещением дефекта скулощёчным ротационным лоскутом. Заживление после операционной кожи носогубной складки и верхней губы у пациентки происходило первичным натяжением.



Рисунок 6. Больная М. 56 лет. Маркировка объёма электрохирургического иссечения опухоли кожи кончика, верхней части крыла носа (состояние после внутритканевой химиотерапии циклофосфаном) и границы формирования кожно-подкожного лоскута и носогубно-щечного лоскута слева.



Рисунок 7. Больная М. 56 лет. Итог операции электрохирургического иссечения опухоли кожи кончика, верхней части крыла носа и границы формирования кожно-подкожного лоскута и носогубно-щечного лоскута слева (кожно-подкожный носо-губно-щечный трансплантат установлен в новом положении).



Рисунок 8. Больная М. 56 лет. Одиннадцатые сутки после электрохирургического иссечения опухоли кожи кончика, верхней части крыла носа и границы формирования кожно-подкожного лоскута и носогубно-щечного лоскута слева

Закключение. Таким образом, причиной развития злокачественных СПМОКННГС среди 72 больных были:

а) у 62 (86%) пациентов воздействие солнечной радиации, б) у 6 (8%) пациентов наличие светлого окраса кожи (светочувствительной), после длительного воздействия солнечной радиации, в) у 4 (6%) пациентов на фоне послетермических и фотоожогов, Патоморфологическим исследованием

среди 74 (100%) больных с СПМОКННГС было установлено, у 72 (97%) - злокачественные новообразования и в порядке их убывания: у 54 (75%) - базально-клеточный рак, у 10 (14%) - плоскоклеточный ороговевающий рак, у 8 (11%) - плоскоклеточный неороговевающий рак. У остальных 2 (3%) больных с СПМОКННГС были установлены доброкачественные процессы (ДП), из них: у 1



Рисунок 9. Больная К., 83 года. Базалиомы кожи носогубной складки и верхней губы слева T4N0M0, II - клиническая группа. Состояние после предоперационной лучевой терапии (45Грей). Результат лечения частичная регрессия опухоли.



Рисунок 10. Больная К., 83 года. Маркировка объёма электрохирургического иссечения опухоли носогубной складки, верхней губы и трансплантата кожи скулощёчной области слева.



Рисунок 11. Больная К., 83 года. Итог операции электрохирургического иссечения опухоли кожи носогубной складки, верхней губы с замещением дефекта скулощёчным ротационным лоскутом слева.



Рисунок 12. Больная К., 83 года. Двенадцатые сутки после электрохирургического иссечения опухоли кожи носогубной складки, верхней губы с замещением дефекта скулощёчным ротационным лоскутом слева.

(1,5%) – аденома потовых желёз, у 1 (1,5%) – кавернозная гемангиома.

С целью профилактики СПМОКННГС необходимо проведение разъяснений широкому кругу населения о необходимости ограничивать воздействие на кожу различных факторов внешней среды. А именно: солнечной радиации в ультрафиолетовой части спектра ограничение работы на открытом воздухе и использование солнцезащитных кремов, головных уборов в период высокого среднегодового уровня солнечной радиации, особенно, людям со светлой кожей; 2) проведение разъяснительной работы среди населения о ранних признаках как предопухолевых, доброкачественных, так и злокачественных опухолей одиночных и первично множественных опухолей кожи носа и носогубной складки, с целью своевременной адекватной диагностики и лечения в условиях специализированных онкологических учреждений; 3) применение комбинированных, комплексных методов лечения, а также предложенного нами способа усовершенствования хирургического лечения СПМОКННГС позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 93% больных, что ускорило медико-социальную реабилитацию и улучшило качество жизни этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-11 см. REFERENCES)

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. О.Г. Суконко, С.А. Красного // Сборник научных статей. Минск.: Профессиональные издания. -2012. – Вып. 32. – С. 210–211.
2. Василевская Е.А. Современные методы лечения базальноклеточного рака кожи / Е.А. Василевская, К.Л. Варданян, Э.М. Дзыбова // Клиническая дерматология и венерология. 2015. - №3. – С. 4-11.
3. Васильев Н.В. Рак Меркеля. Особенности заболевания и факторы прогноза / Н.В. Васильев и др. // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. - 2015. -№4. – С. 63-68.
4. Ломаткин И.А. Лечение опухолей кожи. Онкодерматология. / И.А. Ломаткин. М.: 2017. - С. 40-63.
5. Пачес А.И. Рак кожи. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство 5-е изд. / А.И. Пачес. - М.: 2013. С. 47-79.
6. Пшениснова К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. Том1: Общие вопросы. Кожа и ее поражения. Голова и шея / К. П. Пшениснова. – Рыбинск: Рыбинский дом печати, 2010. - 754 с.

7. Решетов И.В. Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии неоперабельного местнораспространённого базальноклеточного рака кожи/ И.В. Решетов, О.В. Маторин, Н.В. Бабаскина // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. - 2014. - №2. - С. 44-48.

REFERENCES:

1. *Algoritmy diagnostiki i lecheniya zlokachestvennykh novoobrazovaniy. Sbornik nauchnykh statey* [Algorithms of diagnosis and treatment of malignant neoplasms]. Minsk, Professionalnye izdaniya Publ., 2012. pp. 210-211.

2. Vasilevskaya E.A. Sovremennye metody lecheniya bazalnokletochnogo raka kozhi [Current methods of treatment for basal cell skin cancer]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya - Clinical dermatology and venereology*, 2015, No. 3, pp. 4-11.

3. Vasilev N.V. Rak Merkelya. Osobennosti zabolevaniya i faktory prognoza [Merkel Cancer. Peculiarities of the disease and prognosis factors]. *Sarkomy kostey, myagkikh tkaney i opukholi kozhi - Bone and soft tissue sarcomas, and skin tumors*, 2015, No. 4, pp. 63-68.

4. Lomatkin I.A. *Lechenie opukholey kozhi. Onkodermatologiya* [Treatment of skin tumors. On-codermatology]. Moscow, GEOTAR-Publ., 2017. pp. 40-63.

5. Paches A.I. *Rak kozhi. Opukholi golovy i shei. Klinicheskoe rukovodstvo 5-e izd.* [Skin cancer. Tumors of the Head and Neck. Clinical Manual 5th ed.]. M.: 2013. S. 47-79.

6. Pshenisnova K.P. *Kurs plasticheskoy khirurgii: Rukovodstvo dlya vrachey. Tom1: Obshchie voprosy. Kozha i ee porazheniya. Golova i sheya* [A Course in Plastic Surgery: A Guide for Physicians. Volume 1: General Issues. The skin and its lesions. Head and neck]. Rybinsk, Rybinskiy dom pechati Publ., 2010. 754 p.

7. Reshetov I.V. Klinicheskie kharakteristiki i vozmozhnosti lekarstvennoy terapii neoperabilnogo mestnorasprostranyonnogo bazalnokletochnogo raka kozhi [Clinical characteristics and drug therapy options for inoperable locally advanced basal cell skin cancer]. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena. - Oncology. Journal named after Herzen*, 2014, No. 2, pp. 44-48.

8. Aaronson N.K. Measuring quality of life in every oncological patient. *Nederland's Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2011, Vol. 155, No. 45, pp. 37-49.

9. Ahadiat O. SLNB in cutaneous SCC: A review of the current state of literature and the direction for the future. *Journal of Surgical Oncology*, 2017, Vol. 116, No. 3, pp. 344-350.

10. Barton V. Nonmelanoma skin cancer and risk of all-cause and cancer-related mortality: a systematic review. *Archives of Dermatology Research*, 2017, Vol. 309, No. 4, pp. 243-251.

11. Drucker, A.M. Treatments of Primary Basal Cell Carcinoma of the Skin: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2018, Vol. 169 (7), pp. 456-466.

ХУЛОСА

Н.И. Бозоров, Ч.А. Қобилов, Д.М. Мазҳабов, Ғ.А. Ҳакимов, Ш.Б. Сайдахмадов, Р.И. Юлчиев, Ф.И. Шукуров.

БАДЗЕ ЧАНБАДХОИ КЛИНИКЌ, ТАШХИС ВА БАХОДИҲИИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ СОЛИТАРЌ ВА АЗ АВВАЛБИСЁРАИ ПЋСТИ БИНЌ ВА ЧИНИ ЛАБУ БИНЌ (ОСАБПБЧЛБ).

Мақсади таҳқиқот. Омўзиши махсусиятҳои клиникӣ, ташхис ва баҳодиҳии самаранокии табобати омосҳои солитарӣ ва аз аввалбисёраи пўсти бинӣ ва чини лабу бинӣ.

Мавод ва усулҳои табобат. Таҳлили проспективии маълумотҳои таърихи бемории 74 бемори бо омосҳои гуногуни солитарӣ ва аз аввалбисёраи пўсти бинӣ ва чини лабу бини гузаронидашуда самаранокии табобати онҳо дар шароити МД МҶИС ВТ ҲИА ҚТ аз 2015 то 2019 баҳодиҳӣ карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Баҳодиҳии самаранокии табобат дар 70 (100%) бемор бо омоси бадсифати ОСАБПБЧЛБ нишондод, ки дар 63 (90%) – натиҷаи аъло, дар 4 (6%) беморон натиҷаи хуб ва дар 3 (4%) беморон натиҷаи ғайриқаноатбахш дида шуд. Сифатихаёти беморон аз рӯи чадвали Карновски аз минимали 60% то 100% беҳтар шуд.

Хулоса. Усулҳои мувофиқи табобати ОСАБПБЧЛБ имкон доданд, ки натиҷаҳои қаноатбахш ва аълоро дар маҷмӯъ 96% беморон ноил гардид, ки ин реабилитатсияи беморонро тезонида, сифати ҳаёти онҳоро беҳтар гардонид.

Калимаҳои калидӣ. Басомад, клиника, ташхис, баҳодиҳии натиҷанокии табобати омосҳои солитарӣ ва аввалбисёраи пўсти бинӣ ва чини лабубинӣ.

УДК 616.24-002.5:614.2

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-13-18

О.И. Бобоходжаев¹, Б.Г. Муминзода², Л.Ш. Укуматшоева¹, П.У. Махмудова³

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЧИСЛА РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹*Кафедра фтизиопульмонологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»*

²*Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»*

³*ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулеза»*

Бобоходжаев Октам Икромович – д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел.: +992985868080; Email: bobokhojaev@mail.ru

Цель исследования. Изучение динамики изменений регистрации случаев туберкулёза и частоты возникновения рецидивов заболевания в Республике Таджикистан за 2010-2020 годы.

Материалы и методы исследования. Анализ данных официальной статистики по регистрации случаев туберкулёза за 2010-2020 годы (Национальный туберкулёзный регистр).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных официальной статистики за 11 последних лет показал стабильное снижение числа зарегистрированных случаев туберкулёза. Так, данный показатель снизился с 7641 случаев в 2010 году до 4315 - в 2020 г. Если провести более глубокий анализ структуры зарегистрированных случаев туберкулёза, то видно, что это снижение обусловлено, в основном, за счёт снижения числа новых случаев туберкулёза. Динамика выявления рецидивов и повторных случаев заболевания за этот период времени имела хаотичный характер - то резко повышалась, то имела тенденцию к снижению. Следует отметить, что динамика снижения числа зарегистрированных случаев туберкулёза за 11-летний период имела схожую тенденцию с числом случаев туберкулёза чувствительных к противотуберкулёзным препаратам, тогда как динамика изменений числа случаев туберкулёза с устойчивостью микобактерий туберкулёза также имела хаотичный характер.

Нами проведен анализ динамики изменений числа рецидивов после успешно вылеченного туберкулёза за последние 11 лет. Данный анализ показал, что рецидивы заболевания ежегодно регистрируются в 4,16% и до 12,9% от общего числа зарегистрированных случаев, в среднем – 8,70%.

Заключение. Анализ динамики изменений числа рецидивов после успешно вылеченного туберкулёза, за последние 11 лет, показал, что рецидивы заболевания ежегодно регистрируются в 4,16-12,9% от общего числа зарегистрированных случаев ТБ. Имеются региональные отличия как по показателю заболеваемости туберкулёза, так и по числу случаев рецидива заболевания.

Ключевые слова: туберкулёз, рецидивы, регистрация случаев, динамика изменений.

O.I. Bobokhojaev¹, B.G. Muminzoda², L.Sh. Ukumatshoeva¹, P.U. Mahmydova³

DYNAMICS OF CHANGES IN THE NUMBER OF RELAPSES OF TUBERCULOSIS IN REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹*Department of Phthisiopulmonology, SEI Avicenna Tajik State University*

²*Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the history of medicine, SEI Avicenna Tajik State University*

³*State Institution "Republican Center of protection of the population from Tuberculosis"*

Bobokhodjaev Oktam Ikromovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Phthisiopulmonology, Avicenna Tajik State University; Tel: +992985868080; Email: bobokhojaev@mail.ru

Aim. To study the dynamics of changes in the registration of cases of tuberculosis and the frequency of recurrence of the disease in the Republic of Tajikistan between 2011-2020.

Material and methods. The work is based on an analysis of official statistics of TB cases between 2010-2020 (National TB register).

Results and discussion. Analysis of official statistics for the last 11 years has shown a steady decline in the number of registered TB cases. Thus, this indicator decreased from 7641 cases in 2010 to 4315 in 2020. A deeper analysis of the structure of registered TB cases shows that this decrease is mainly due to a decrease in the number of new TB cases. The dynamics of detection of relapses and repeated cases of the disease over this period were chaotic: either increased sharply or tended to decrease. It should be noted that the dynamics of the decrease in the number of registered TB cases over the 11 years had a similar trend with the number of cases of TB susceptible to anti-TB drugs, while the dynamics of changes in the number of TB cases with resistance to mycobacterium TB also had a chaotic character.

Conclusion. An analysis of official statistics over the past 11 years has shown a steady decline in the number of registered TB cases, which is mainly due to a decrease in the number of new TB cases with preserved sensitivity to anti-TB drugs. An analysis of the dynamics of changes in the number of relapses after successful treatment of TB over the past 11 years showed that relapses of the disease are recorded annually in 4.16% and up to 12.9% of the total number of registered TB cases. There are regional differences in incidence and relapse from TB.

Keywords. Tuberculosis, relapses, registration of cases, dynamics of changes.

Актуальность. По данным ВОЗ, эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу (ТБ) в Республике Таджикистан, среди 54 входящих в Европейский регион стран, относится к числу 18 стран с напряженным бременем заболевания [9].

Одним из важных программных показателей оценки ситуации по ТБ является повторная реактивация специфического процесса, которая происходит путем повторного инфицирования или рецидива заболевания [2]. Общеизвестно, что больные с рецидивом туберкулезного процесса в 60-80% случаев являются бактериовыделителями, заболевание у них протекает более тяжело и эффективность их лечения ниже, нежели при первичном процессе [1, 3, 4]. Среди факторов способствующих развитию рецидивов ТБ, важное место занимают социально-бытовые факторы, низкий экономический статус жизни семьи пациента, асоциальный образ жизни и прочие [6, 7]. В то же время, основной фактор развития рецидива — это несоблюдение режима первичного лечения и большие остаточные изменения, после перенесенного первичного процесса [8].

В доступной нам литературе, данные по частоте возникновения рецидива ТБ колеблются от 0,6 до 40% [1-8]. Ряд авторов объясняют меньшее количество рецидивов у лиц, лечившихся по поводу активного ТБ 15-20 лет назад, большой эффективностью химиотерапии в связи редкостью феномена лекарственной устойчивости микобактерий ТБ к основным противотуберкулезным препаратам [5, 8].

Анализ причин реактивации ТБ и сроков их возникновения после завершения химиотерапии в Таджикистане ранее не проводилось. Результаты изучения этих факторов, выявление причин и поиск возможностей их устранения, позволили бы предупредить развитие рецидива ТБ и уменьшить случаи развития рецидивов заболевания, и тем

самым, улучшить эпидемиологическую ситуацию по ТБ в стране.

Цель исследования. Изучение динамики изменений регистрации случаев туберкулёза и частоты возникновения рецидивов заболевания в Республике Таджикистан за 2010-2020 годы.

Материал и методы исследования. Мы провели анализ данных официальной статистики по регистрации случаев ТБ и рецидивов заболевания за 2010-2020 годы (Национальный ТБ регистр).

Для проведения статистического анализа данных использованы пакеты программ Microsoft Excel-2013 и «STATISTICA-7.0». Для сравнения двух или нескольких независимых групп исследования между собой по количественному признаку, независимо от характера распределения, а также по качественному (порядковому или номинальному) признаку использовали непараметрический критерий - точный критерий Фишера. При всех вычислениях в данной работе уровень значимости «р» принимали равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных официальной статистики за 11 последних лет показал стабильное снижение числа зарегистрированных случаев ТБ (табл. 1). Так, данный показатель снизился с 7641 случаев в 2010 году до 4315 – в 2020 г. Если провести более глубокий анализ структуры зарегистрированных случаев ТБ, то видно, что это снижение обусловлено, в основном, за счёт снижения числа новых случаев ТБ. Динамика выявления рецидивов и повторных случаев заболевания за этот период времени имела хаотичный характер, то есть то резко повышалась, то имела тенденцию к снижению. Следует отметить, что динамика снижения числа зарегистрированных случаев ТБ за 11-летний период имела схожую тенденцию с числом ТБ чувствительных случаев к противотуберкулезным препаратам (ПТП), тогда как динамика изменений

Таблица 1

**Динамика изменений и структура зарегистрированных случаев ТБ за последние 11 лет
(по данным официальной статистики).**

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ТБ всего	7641	7609	6929	6495	6258	6307	6241	6044	5975	5976	4315
ТБ новые случаи	6656	6680	6181	5306	5014	5065	5241	5231	5102	5159	3736
Рецидивы ТБ	338	355	327	270	790	813	724	678	625	596	388
Повторные случаи ТБ	647	574	421	919	454	429	276	135	248	221	191
ТБЧ	7308	7005	6156	5584	5356	5605	5493	5121	5085	5098	3758
ТБУ	333	604	773	911	902	702	748	923	890	878	557

Примечание: в таблице даны абсолютные значения зарегистрированных случаев; ТБЧ – ТБ, чувствительный к противотуберкулезным препаратам; ТБУ – ТБ, устойчивый к противотуберкулезным препаратам.

числа случаев ТБ с устойчивостью микобактерий ТБ (МБТ) к ПТП также имел хаотичный характер.

Нами проведен анализ динамики изменений числа рецидивов после успешно вылеченного ТБ за последние 11 лет. Данный анализ показал, что рецидивы заболевания ежегодно регистрируются в 4,16-12,9% от общего числа зарегистрированных случаев, в среднем – 8,70% (рис. 1).

Выше мы приводили колебания частоты реактиваций туберкулезного процесса по данным различных авторов. Сроки возникновения рецидивов по данным разных авторов значительно разнятся. Одни исследователи считают, что рецидивы чаще возникают в первые 2-5 лет после завершения курса химиотерапии и/или клинического излечения [3, 6]. Однако, большинство публикаций свидетельствуют о более позднем развитии рецидивов, которые возникали через 5 и более лет после эффективного завершения курса химиотерапии и/или клинического излечения [7, 8].

В ряде случаев химиотерапия туберкулеза по разным причинам оказывается недостаточно эффективной, что может быть следствием нерационального сочетания противотуберкулезных препаратов и/или их побочных эффектов. Нередко, даже в случаях клинически излеченного туберкулеза, в лёгких сохраняются остаточные изменения, отражающиеся на морфофункциональном состоянии органов дыхания и являющиеся причиной рецидива заболевания [5].

В то же время, опубликованы результаты исследований, свидетельствующие, что не менее чем через 3 года после окончания основного курса лечения, почти у одной трети больных, имело место продолжение положительной динамики в виде полного рассасывания малых посттуберкулезных

остаточных изменений и сокращение объема больших остаточных изменений более чем в 2 раза [4].

Большое значение в развитии рецидивов туберкулезного процесса придаётся наличию контакта с бацилловыделителями, то есть экзогенная инфекция провоцирует эндогенную реактивацию [8]. Неполноценное лечение первично перенесенного туберкулезного процесса также способствовало возникновению впоследствии рецидивов [5]. Авторы многих исследований придерживаются мнения, что рецидивы туберкулеза лёгких наиболее часто возникают у пациентов, нарушавших в прошлом режим химиотерапии, особенно на амбулаторном этапе лечения [1-8].

Ряд авторов сообщают о меньшей частоте развития рецидивов туберкулезного процесса у лиц, лечившихся по поводу активного туберкулеза 15-20 лет назад, объясняя этот факт большей эффективностью химиотерапии, в связи с редкостью феномена лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза [6]. По данным других авторов, средний срок возникновения рецидивов составляет 3 года после снятия больного с диспансерного наблюдения [7]. По данным ряда авторов, одной из основных причин развития рецидивов туберкулезного процесса является отсутствие противорецидивного лечения [8]. Таким образом, полученные нами данные совпадают с данными других исследований по частоте развития рецидивов заболевания.

Следующим этапом наших исследований было изучение динамики заболеваемости ТБ и развития рецидивов этого заболевания в разрезе некоторых регионов страны. Так, в 2018 году заболеваемость ТБ по стране составила 40,5 случаев на 100 тыс. населения. Относительно низкие показатели забо-

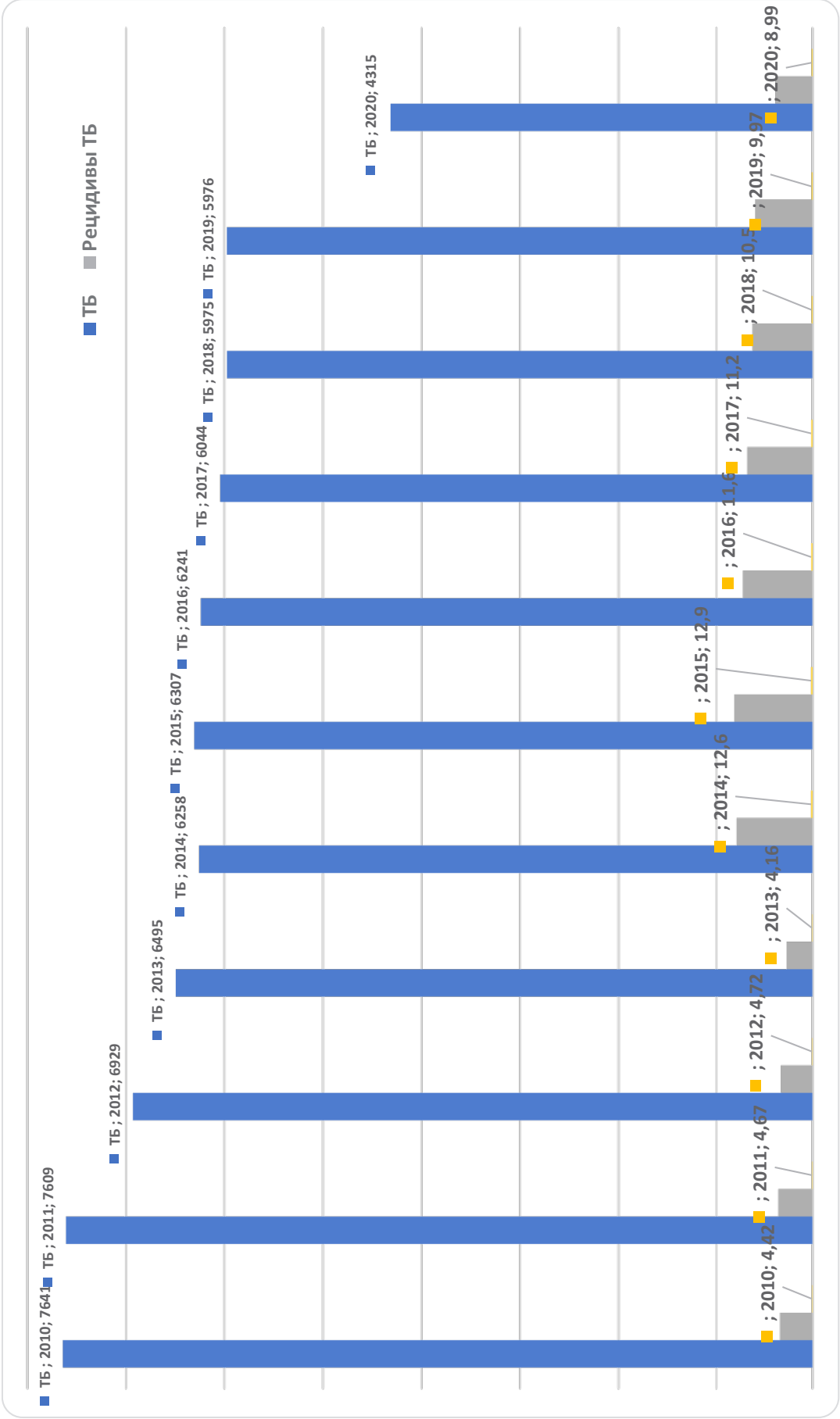


Рисунок 1. Динамика изменений числа рецидивов (в%) по отношению к общему числу зарегистрированных случаев ТБ (в абс.) за 11 лет.

леваемости были отмечены в Согдийской области (27,1 на 100 тыс. населения) и в столице страны, г. Душанбе, (42,8 на 100 тыс. населения), а районах республиканского подчинения – 43,0 на 100 тыс. населения. Однако, в Хатлонской области заболеваемость остается высокой и составляет 46,9 на 100 тыс. населения, а в ГБАО ещё выше – 61,4 на 100 тыс. населения. По данным официальной статистики, в 2018 году число больных с рецидивами ТБ составило 5,3% от пациентов, взятых на учет в том же году. По регионам страны соотношение регистрируемых случаев рецидивов ТБ, по отношению ко всем зарегистрированным случаям, различается. Так, например, минимальный показатель по стране отмечен в г. Душанбе: в 2018 году число случаев рецидивов составила 2,4% от всех форм зарегистрированных случаев, в то же время максимальный показатель регистрировался в Хатлонской области, где число случаев рецидивов составило 4,8% [Отчетные формы ТБ 07 за 2018 год].

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что несмотря на некоторое улучшение, в целом, эпидемиологической ситуации по ТБ, ситуация по заболеваемости ТБ лекарственно устойчивыми формами болезни остаётся напряженной. Также, несмотря на ежегодное некоторое снижение числа рецидивов заболевания, имеется острая необходимость в усилении проведения противорецидивных мероприятий, которые неоднократно налажены в разных регионах республики.

Выводы.

Анализ данных официальной статистики за 11 последних лет показал стабильное снижение числа зарегистрированных случаев ТБ, что обусловлено, в основном, за счёт снижения числа новых случаев ТБ с сохранённой чувствительностью к противотуберкулезным препаратам.

Анализ динамики изменений числа рецидивов, развившихся после успешно вылеченного ТБ за последние 11 лет показал, что рецидивы заболевания ежегодно регистрируются в 4,16-12,9% случаев от общего числа зарегистрированных случаев ТБ. При этом, начиная с 2015 года регистрируется ежегодное снижение случаев рецидива заболевания ТБ.

Имеются региональные отличия как по показателю заболеваемости ТБ, так и по числу случаев рецидива заболевания. Так, минимальный показатель заболеваемости ТБ по стране отмечается в Согдийской области, максимальный – в ГБАО, тогда как минимальное число случаев рецидива

ТБ отмечается в г. Душанбе, максимальное – в Хатлонской области.

Необходимо разработать и внедрить противорецидивные мероприятия, включая улучшение диспансерного наблюдения за больными ТБ, успешно завершившими лечение.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 9 см. REFERENCES)

1. Алексеенко С.Н. Ранние рецидивы туберкулеза легких – эпидемиологические и экономические проблемы // С.Н. Алексеенко, Н.Н. Дробот / Современные проблемы науки и образования. – 2019. – №2. Электронный ресурс. -Сайт доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28739> (дата обращения: 22.10.2021).
2. Бобоходжаев О.И. К вопросу о реактивации туберкулёзного процесса / О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, Р.Р. Джумаев, И.С. Махмудзода // «Вестник Авиценны». - 2018. - Т.20, №2-3. - С. 320-324.
3. Гусейнов Г.К. Поздние рецидивы у лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких / Г.К. Гусейнов, Т.Г. Гиреев // Туб. и болезни легких. – 2016. – №2. – С. 26-28.
4. Коломиец, В.М. Рецидивы туберкулеза органов дыхания (особенности развития и реабилитации вторичного туберкулеза) / В.М. Коломиец. – СПб.: - 2014.- 263 с.
5. Краснов В.А. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральном округе / В.А. Краснов, О.В. Ревякина, О.П. Филиппова, И.В. Павленок, Р.А. Митрофанов // Новосибирск: Издательско-полиграфический центр НГМУ. - 2019. – 96 с.
6. Пьянзова Т.В. Клиническая характеристика рецидивов туберкулёзного процесса в Кемеровской области / Т.В. Пьянзова, Н.В. Лузина, И.Ф. Копылова, С.В. Саранчина, В.Н. Зимина // Туб. и болезни легких – 2013. – №9. – С. 25-28.
7. Сагалбаева Г.Ж. Причины формирования и структура клинических форм туберкулеза ранних и поздних рецидивов заболевания / Г.Ж. Сагалбаева, А.В. Мордык, Л.Н. Кортусова, С.И. Евдокименко // Туб. и болезни легких. – 2015. – №5. – С. 163-164.
8. Токторгазиева К.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика рецидивов туберкулёза лёгких по данным отделения легочного туберкулеза №2 Национального центра фтизиатрии / К.А. Токторгазиева, А.Б. Азыкова, Н.К. Курманова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №8. - С. 36-41.

REFERENCES

1. Alekseenko S.N. Rannie retsidivy tuberkuleza legkikh – epidemiologicheskie i ekonomicheskie problemy [Early recurrence of pulmonary tuberculosis - epidemiolog-

ical and economic issues]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern Problems Science and Education*, 2019, No. 2. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28739>.

2. Bobokhodzhaev O.I. K voprosu o reaktivatsii tuberkulyoznogo protsessa [Regarding the reactivation of the tuberculosis process]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2018, Vol. 20, No. 2-3, pp. 320-324.

3. Guseynov G. K. Pozdnie retsidivy u lits s ostatochnymi tuberkuleznymi izmeneniyami v legkikh [Late relapses in persons with residual TB changes in the lungs]. *Tuberculez i bolezni legkikh. - Tuberculosis and lungs diseases*, 2016, No. 2, pp. 26-28.

4. Kolomiets, V.M. *Retsidivy tuberkuleza organov dykhaniya (osobennosti razvitiya i reabilitatsii vtorichnogo tuberkuleza)* [Respiratory tuberculosis relapses (peculiarities of development and rehabilitation of secondary tuberculosis)]. Saint-Petersburg, 2014. 263 p.

5. Krasnov V. A. *Osnovnye pokazateli protivotuberkuleznoy deyatelnosti v Sibirskom i Dalnevostochnom federalnom okruge* [Key indicators of TB activity in the Siberian and Far Eastern Federal Districts]. Novosibirsk, NGMU Publ., 2019. 96 p.

6. Pyanzova T.V. Klinicheskaya kharakteristika retsidivov tuberkuleznogo protsessa v Kemerovskoy oblasti [Clinical Characteristics of Tuberculosis Relapses in Kemerovo Oblast]. *Tuberculez i bolezni legkikh. - Tuberculosis and lungs diseases*, 2013, No. 9, pp. 25-28.

7. Sagalbaeva G.Zh. Prichiny formirovaniya i struktura klinicheskikh form tuberkuleza rannikh i pozdnykh retsidivov zabolevaniya [Causes and structure of clinical forms of tuberculosis early and late relapses]. *Tuberculez i bolezni legkikh. - Tuberculosis and lungs diseases*, 2015, No. 5, pp. 163-164.

8. Toktorgazieva K.A. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika retsidivov tuberkuloza lyogkikh po danym otdeleniya legochnogo tuberkuleza №2 Natsionalnogo tsentra ftiziatriti [Clinical and epidemiological characteristics of pulmonary tuberculosis relapses according to the Pulmonary Tuberculosis Unit No. 2 of the National Center for Phthisiology]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana - Science, new technologies and innovations of Kirgizstan*, 2017, No. 8, pp. 36-41.

9. *WHO Global TB Report 2019*. Geneva, WHO Publ., 2020. 342 p.

ХУЛОСА

О.И. Бобохочаев, Б.Г. Муминзода, Л.Ш. Укуматшоева, П.У. Махмудова

ЧАРАЁНИ ТАҒЙИРОТ ДАР МИҚДОРИ ХУРУЧИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши чараёни тағйирот дар бақайдгирии ҳолатҳои бемории сил ва хуручи ин беморӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2011-2020 мебошад.

Усулҳои таҳқиқот. Таҳлили омили расмӣ оид ба бақайдгирии беморони сил дар солҳои 2010-2020 (регистраи миллии бемории сил).

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили омили расмӣ дар 11 соли охир коҳиши устувори теъдоди гирифтронии бақайдгирифташудаи бемории силро нишон медиҳад. Ҳамин тариқ, ин нишондод аз 7641 ҳолат дар соли 2010 то 4315 нафар дар соли 2020 коҳиш ёфт. Агар сохтори ба қайдгирифташудаи бемории силро амиқтар таҳлил кунем, мебинем, ки ин коҳиш асосан аз ҳисоби коҳиши шумораи нави гирифтронии бемории сил ба қайд гирифта шудааст. Динамикаи ошкор намудани рецидивҳо ва ҳодисаҳои тақрори беморӣ дар ин давра бесарусомонӣ буд, яъне як бора зиёд мешуд ё майли камшавӣ дошт. Бояд гуфт, ки динамикаи коҳиши шумораи гирифтронии ба қайд гирифташуда ба бемории сил дар давоми 11 сол тамоюли шабеҳи гирифтронии бемории сили ба доруҳои зиддисилӣ ҳассосбуда, дар ҳоле ки динамикаи тағйирёбии шумораи гирифтронии бемории сил ба қайд гирифта шудааст. Ҳодисаҳои бемории сил бо муқовимат ба микобактерияи сил низ характери бесарусомонӣ доштанд. Мо динамикаи тағйироти шумораи рецидивҳо пас аз муолиҷаи бомуваффақияти бемории сил дар 11 соли охир таҳлил карда шуд. Таҳлили мазкур нишон дод, ки тақрори беморӣ ҳамасола дар 4,16% ва то 12,9% аз шумораи умумии ҳолатҳои ба қайдгирифташуда, ба ҳисоби миёна 8,70%, ба қайд гирифта мешавад.

Хулоса. Таҳлили омили расмӣ таъини 11 соли охир коҳиши устувори шумораи гирифтронии ба қайд гирифташудаи бемории силро нишон дод, ки ин асосан ба коҳиши шумораи нави гирифтронии бемории сил бо ҳассосияти нигоҳдошташуда ба доруҳои зиддисилӣ вобаста аст. Таҳлили динамикаи тағйирёбии шумораи рецидивҳо пас аз муолиҷаи бомуваффақияти бемории сил дар 11 соли охир нишон дод, ки хуручи ин беморӣ ҳамасола дар 4,16 Ҷоиз ва то 12,9 Ҷоизи шумораи умумии ҳолатҳои ба қайд гирифташуда ба қайд гирифта мешавад. Муаллифон фарқи минтақавиро оид ба беморшавӣ ва рецидивҳо қайд кардаанд.

Калимаҳои калидӣ. Бемории сил, хуручи беморӣ, бақайдгирии ҳолатҳо, динамикаи тағйирот.

Д.А. Давлатов¹, Б.У. Абдувохидов^{1,2}, Х.Ф. Юлдошев¹, У.Т. Тошпулотов¹, Ш.И. Джобиров¹

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО АНАСТОМОЗА ПО БЛЕЛОК-ТАУССИГУ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», МЗиСЗН Республики Таджикистана

²Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Давлатов Джамшед Абдулхакович – врач сердечно-сосудистый хирург, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук отделения врожденных и приобретенных пороков сердца РНЦССХ; 734003, г. Душанбе, ул. Санои 33; Тел.: +992988011186; E-mail: dr.jamshed@mail.ru

Цель исследования. Изучить пятилетний опыт применения модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу при хирургическом лечении сложных врожденных пороков сердца у пациентов с унивентрикулярной гемодинамикой и обедненным легочным кровотоком.

Материал и методы исследования. С 2012 по 2020 годы в РНЦССХ 32 детям со сложными врожденными пороками сердца, с проток-зависимым кровотоком, выполнены операции по наложению модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу. Средний возраст детей составил $13 \pm 6,7$ месяцев, а средний вес – $8,8 \pm 5,2$ кг.

Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде летальный исход наблюдался в 3,13% случаев. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено у 6,25% пациентов. 28,1% пациентам с тетрадой Фалло в последующем была выполнена радикальная коррекция порока. У пациентов с единственным желудочком сердца в 40,6% случаях был наложен двунаправленный кавопульмональный анастомоз. Отдаленные послеоперационные результаты изучены у 96,8% пациентов.

Заключение. Применение модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу слева является оптимальной паллиативной процедурой у детей с обедненным легочным кровотоком. Данная операция выполняется с целью подготовки больного к последующей коррекции сложного порока сердца и позволяет сохранить правую легочную артерию неповрежденной для использования в будущем при радикальной или гемодинамической коррекции порока.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, единственный желудочек сердца, модифицированный анастомоз по Блелок-Тауссигу.

J.A. Davlatov¹, B.U. Abduvokhidov^{1,2}, H.F. Yuldoshev¹, U.T. Toshpulotov¹, S.I. Jobirov¹

THE USE OF A MODIFIED BLELOCK TAUSSIG ANASTOMOSIS IN THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX CONGENITAL HEART DEFECTS WITH UNIVENTRICULAR HEMODYNAMICS AND DEPLETED PULMONARY BLOOD FLOW

¹ Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

²The Department of Surgical Diseases #2 named after Academician N.U. Usmanov, Avicenna Tajik State Medical University

Davlatov Jamshed Abdulkhakovich - MD cardiovascular surgeon, applicant for the degree of candidate of medical sciences of the department of congenital and acquired heart defects RSCCS; 734003, Dushanbe, 33 Sanoi street; Tel: +992988011186; E-mail: dr.jamshed@mail.ru

Aim. To study the five-year experience of using a modified subclavian-pulmonary anastomosis according to Blelock-Taussig in the surgical treatment of complex congenital heart disease in patients with univentricular hemodynamics and depleted pulmonary blood flow.

Material and methods. From 2012 to 2020, 32 children with complex CHD, with duct-dependent blood flow, underwent operations to impose a modified subclavian-pulmonary Blalock-Taussig anastomosis (MBTA). The average age of the children was 13 ± 6.7 months, and the average weight was 8.8 ± 5.2 kg.

Results and discussion. Fatal outcome in the early postoperative period was observed in 3.13% of cases. Bleeding in the early postoperative period was observed in 6.25% of patients. In 28.1% of patients with Fallo's tetrad thereafter radical correction of the defect was performed. Bidirectional cavopulmonary anastomosis was performed in 40.6% of patients with a single ventricle. Postoperative follow-up results were studied in 96.8% of patients.

Conclusion. The use of a modified left subclavian-pulmonary anastomosis according to Blalock-Taussig is the optimal palliative procedure in children with depleted pulmonary blood flow. This surgery is performed to prepare the patient for subsequent correction of a complex heart defect and allows the right pulmonary artery to be preserved intact for future use during radical or hemodynamic correction of the defect.

Keywords: congenital heart defect, single ventricle of the heart, modified Blalock-Taussig anastomosis.

Актуальность. Сложные врожденные пороки сердца среди общего контингента врождённых пороков сердца (ВПС) составляет около 48,8%, а такая патология как единственный желудочек сердца (ЕЖС) встречается в 3,1% случаях. В первые месяцы жизни умирают от 74 до 87% детей с ЕЖС [1]. В связи с невозможностью выполнения радикальной коррекции порока всем пациентам проводится гемодинамическая коррекция, в основе которой лежит этапное хирургическое лечение, направленное на адаптацию сердечно-сосудистой системы к обходу «правого сердца» [2, 3]. В период новорожденности детям с обедненным легочным кровотоком с целью устранения гипоксемии и стимуляции роста гипоплазированных ветвей легочной артерии накладывается системно-легочный шунт [4, 5].

По литературным данным наблюдается тенденция к раннему первичному устранению врожденных пороков сердца с обедненным легочным кровотоком. Однако в сложных случаях по-прежнему существует потребность в паллиативной коррекции порока, включая использование модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу (МАОБТ) [6]. При данной операции проксимальный конец искусственного сосудистого протеза подшивается к подключичной артерии, а дистальный к легочной артерии. Преимуществом МАОБТ является то, что сохраняется нормальная анатомия подключичной артерии пациента, что позволяет увеличить шунтирующий поток по протезу с ростом ребенка.

Цель исследования. Изучить пятилетний опыт применения модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу при хирургическом лечении сложных врожденных пороков сердца у пациентов с унiventрикулярной гемодинамикой и обедненным легочным кровотоком.

Материал и методы исследования. В РНЦССХ (г. Душанбе) за период с февраля 2012 года по февраль 2020 года были оперированы 32 пациента со сложными врожденными пороками сердца. Возраст пациентов варьировал от 4 месяцев до 16 лет (средний возраст $13 \pm 6,7$ месяцев). Вес больных колебался от 4 до 39 кг, рост - от 65 до 150 см. Из 32 детей 21 (65,6%) были дети мужского пола, а 11 (34,4%) – женского пола. В зависимости от нозологии, тетрадо Фалло (ТФ) имело место у 15 (46,87%) детей. У остальных 17 (53,13%) детей имелись: единственный желудочек сердца в 6 (18,75%) случаях, атрезия легочной артерии - 6 (18,75%) случаев и атрезия трикуспидального клапана в 5 (15,62%) случаях. Размер шунта подбирали в зависимости от веса и возраста пациента. Трём пациентам (9,38%) из-за выраженной гипоксии и ацидоза, имевшего место при поступлении, были выполнены экстренные операции. Для наложения МАОБТ использовался протез из политетрафторэтилена фирмы «Gore-Tech». Выбор размера шунта зависел от веса пациента: 4 мм протез был использован у младенцев весом от 3 до 6 кг, 5 мм у детей весом от 6 до 10 кг, 6 мм при весе ребенка от 10 до 20 кг, 7 мм при весе более 20 кг. Шунт диаметром 7 мм наложен 4 пациентам, 6 мм использовали при лечении 10 пациентов, 5 мм – 11 пациентам и 4 мм - 7 пациентам. Всем пациентам анастомозы наложены слева. Показанием к паллиативной операции являлись частые одышно-цианотические приступы и нарастание цианоза у детей с маленьким диаметром легочных артерий.

Всем больным выполнены такие методы исследования как: эхокардиография, катетеризация полостей сердца, рентгенография грудной клетки, электрокардиография, измерение периферической сатурации и методы лабораторных исследований.

В работе оценивались данные пульсоксиметрии, уровень гемоглобина и эритроцитов в пери-

ферической крови. Перед операцией двунаправленного кавопульмонального анастомоза (ДКПА) для оценки архитектоники сосудистого русла легочных артерий проводилась ангиопульмонография. Оценивали индекс Nakata и отношения McGoon.

Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0 (Statsoft, USA). Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). При парных сравнениях использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных – H-критерий Крускала-Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Всем 32 пациентам со сложными ВПС в качестве первого этапа хирургической коррекции наложен модифицированный подключично-легочный анастомоз. Доступ осуществляли через заднебоковую торакотомию в IV межреберье слева. После выделения подключичной артерии и левой легочной артерии накладывали подключично-легочной анастомоз с использованием в качестве шунта искусственного сосудистого протеза из политетрафторэтилена (PTFE «Gore-Tex»). Используемый размер искусственного протеза увеличивался с возрастом и весом пациента (табл. 1).

Большинство пациентов (81,25%) были экзотубированы в течение первых 6 часов после операции. Во всех случаях больным после операции

проводилась гепаринотерапия. Первоначальная антикоагулянтная терапия после МАБТ проводилась внутривенным введением гепарина в дозе от 50 до 70 Ед/кг в течение первых 24 часов. С 1-го дня после операции и в течение 3 месяцев все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 5 мг/кг/сутки.

Из 32 прооперированных пациентов 1 (3,13%) умер на 5-й день из-за гиперволемии малого круга кровообращения, отека легких и полиорганной недостаточности. Этому пациенту был наложен анастомоз 5-миллиметровым политетрафторэтиленовым протезом.

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено у двух (6,25%) пациентов. На фоне применения гемостатических препаратов удалось устранить данное осложнение. У трех (9,39%) пациентов на 4-5 сутки после операции на контрольной рентгенограмме выявлен экссудат в плевральных полостях. После эвакуации экссудата пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение у детского кардиолога по месту жительства.

В отдаленном послеоперационном периоде проводился контроль за состоянием 31 оперированного больного. Все пациенты находились под регулярным контролем детского кардиолога по месту жительства и чувствуют себя хорошо. Девяти (28,12%) пациентам с тетрадой Фалло в последующем была выполнена успешная радикальная коррекция порока. У пациентов с ЕЖС в 13 (40,62%) случаях был наложен двунаправлен-

Таблица 1

Зависимость размера шунта от возраста и веса пациента

Размер шунта (n)	Возраст (месяц)	Возрастной диапазон (месяц)	Вес (кг)	Диапазон веса (кг)
4 мм (7)	$8,2 \pm 7,1$	4,0-24	$4,9 \pm 1,0$	3,0-6,0
5 мм (11)	$56,2 \pm 21,8$ $p_1 < 0,001$	9,0-84	$8,0 \pm 1,2$ $p_1 < 0,001$	6,2-10,0
6 мм (10)	$89,6 \pm 22,0$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	48-115	$14,9 \pm 3,1$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	10,4-20,0
7 мм (4)	$156,2 \pm 25,7$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	132-192	$26,1 \pm 8,2$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$	20,5-39,0
p	<0,001		<0,001	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами пациентов (по H-критерию Крускала-Уоллиса), p_1 - статистическая значимость различия показателей при сравнении с группой пациентов с размерами шунта 4 мм, p_2 - при сравнении с группой пациентов с размерами шунта 5 мм, p_3 - при сравнении с группой пациентов с размерами шунта 6 мм (по U-критерию Манна-Уитни)

ный кавопульмональный анастомоз, также четверо (12,5%) пациентов находятся в списке ожидания на операцию ДКПА. У 6 (46,2%) пациентов из этой группы, в среднем через 3 года и 6 месяцев, следующим этапом проведена гемодинамическая коррекция (процедура Фонтен).

С момента своего появления классический шунт по Блелок-Тауссигу (и в настоящее время его модификации) приобрел популярность как менее рискованный вид операции для пациентов с уменьшенным легочным кровотоком. Данная процедура направлена на спасение жизни пациентов со сложными ВПС. При наличии сильного одышечно-цианотического приступа шунт накладывается с целью обеспечения стабильного легочного кровотока, тем самым улучшается общее состояние больного. Данный анастомоз также стимулирует рост легочных сосудов, что является немаловажным фактором для «выигрыша времени», пока пациент не достигнет более подходящего возраста [7].

Одним из основных показаний для МАБТ у детей со сложным ВПС с ограниченным легочным кровотоком является необходимость в первоначальной разгрузке сердца [8, 9, 10]. Мы установили, что увеличение отношения шунта к весу ребенка является фактором риска смертности. Как установлено в нашем исследовании, есть несколько факторов, которые влияют на избыточную циркуляцию крови в малом круге кровообращения. К таким факторам относятся наличие имеющегося дополнительного источника потока крови в легкие, а также длина и размер шунта, в дополнение к размеру ветвей легочной артерии. Применение паллиативных операций рискованно у пациентов с низким весом, у которых имеется дилемма между небольшим шунтом с более высоким риском окклюзии и большим шунтом с более высоким риском избыточной циркуляции и с системным обкрадыванием.

Полную гемодинамическую коррекцию цианотических пороков все чаще заменяют двух-трехступенчатые процедуры в современных медицинских центрах, хотя есть еще авторы, предпочитающие раннее паллиативное лечение [11, 12]. Мы считаем, что в развивающихся странах, двух- и трехэтапная процедура — это единственный возможный вариант спасения детей с такими сложными пороками сердца.

Мы выбрали модифицированный, а не классический анастомоз по Блелок-Тауссигу, для всех наших пациентов по следующим причинам: техническая легкость; гарантия широкого прокси-

мального и дистального анастомоза, особенно у детей раннего возраста; сохранение кровотока в дистальной части подключичной артерии, что устраняет опасность ишемии верхней конечности. Для большинства наших пациентов 5 мм шунт был идеальным, но соответственно весу и росту мы использовали также шунты диаметром 4, 6 и 7 мм.

У одного нашего пациента развилась гиперволемиа малого круга кровообращения с отеком легких и полиорганной недостаточностью. Это было как редкое осложнение у пациентов с атрезией легочной артерии. В связи с этим мы рекомендуем лигировать функционирующие большие артериальные протоки у пациентов после шунтирования, так как внезапное увеличение легочного потока способствует развитию отека легких.

Заключение. Применение модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу слева является оптимальной паллиативной процедурой у детей с обедненным легочным кровотоком. Данная операция выполняется с целью подготовки больного к последующей коррекции сложного порока сердца и позволяет сохранить правую легочную артерию неповрежденной для использования в будущем для радикальной или гемодинамической коррекции порока.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3-12 см. REFERENCES)

1. Ершова Н.В. и др. Влияние операционного доступа на развитие легочной артерии после выполнения системно-легочного шунта у пациентов с врожденными пороками сердца и унiventрикулярной гемодинамикой / Н.В. Ершова и др. // Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2014. - №2. - С. 10-12.
2. Синельников Ю.С. Эффективность различных вариантов суживания легочной артерии у пациентов с унiventрикулярными пороками / Ю.С. Синельников, Ю.Н. Горбатов и др. // Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2013. - №2. - С. 5-9.

REFERENCES

1. Ershova N.V. Vliyanie operatsionnogo dostupa na razvitie legochnoy arterii posle vypolneniya sistemno-legochnogo shunta u patsientov s vrozhdennymi porokami serdtsa i univentrrikulyarnoy gemodinamikoy [Effect of surgical access on pulmonary artery development after systemic pulmonary shunt in patients with congenital heart disease and univentricular hemody-

namics]. *Patologiya krovoobrashcheniya i kardiokhirurgiya - Circulatory pathology and cardiac surgery*, 2014, No. 2, pp. 10-12.

2. Sinelnikov Yu.S. Effektivnost razlichnykh variantov suzhivaniya legochnoy arterii u patsientov s univentrikulyarnymi porokami [Efficacy of different variants of pulmonary artery narrowing in patients with univentricular malformations]. *Patologiya krovoobrashcheniya i kardiokhirurgiya - Circulatory pathology and cardiac surgery*, 2013, No. 2, pp. 5-9.

3. Alsagheir A., Koziarz A., Makhdom A. Duct stenting versus modified Blalock-Taussig shunt in neonates and infants with duct-dependent pulmonary blood flow: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2021, Vol. 161, pp. 379-390.

4. Bahaaldin Alsoufi M. D. Results of Palliation with an Initial Modified Blalock-Taussig Shunt in Neonates with Single Ventricle Anomalies Associated With Restrictive Pulmonary Blood Flow. *Journal of Annals of Thoracic Surgery*, 2015, Vol. 99, pp. 1636-47.

5. Benson L., Arsdell G.V. Comparisons between ductal stenting and Blalock-Taussig shunts for infants with ductal-dependent pulmonary. *Circulation*, 2018, Vol. 137, pp. 602-604.

6. Bove T., Vandekerckhove K., Panzer J. Disease-specific outcome analysis of palliation with the modified Blalock-Taussig shunt. *World Journal of Pediatric congenital Heart Surgery*, 2015, No. 6 (1), pp. 67-74.

7. Dirks V., Pretre R., Knirsch W. Modified Blalock-Taussig shunt: a not-so-simple palliative procedure. *European Journal of Cardiothoracic Surgery*, 2013, No. 44 (6), pp. 1096-102.

8. Kavarama M.N. The modified Blalock-Taussig shunt «False» Aneurysm: a true diagnostic and surgical challenge. *Thoracic Cardiovascular Surgery*, 2018, No. 30 (2), pp. 210-1.

9. McKenzie E.D., Khan M.S., Samayoa A.X. The Blalock-Taussig shunt revisited: a contemporary experience. *Journal of American College Surgery*, 2013, No. 216, pp. 699-704.

10. Moszura T., Ostrowska K., Dryzek P. Late emergency arterial duct stenting in a patient with tetralogy of Fallot and occluded Blalock-Taussig shunt. *Cardiology Journal*, 2011, No. 18, pp. 87-89.

11. Petrucci O., Brien S.M., Jacobs M.L. Risk factors for mortality and morbidity after the neonatal Blalock-Taussig shunt procedure. *Annals of Thoracic Surgery*, 2011, No. 92, pp. 642-651.

12. Sasikumar N., Hermuzi A., Fan C.P. Outcomes of Blalock-Taussig shunts in current era: a single center experience. *Congenital Heart Diseases*, 2017, No. 12, pp. 808-814.

ХУЛОСА

**Ҷ.А. Давлатов, Б.У. Абдувоҳидов,
Х.Ф. Юлдошев, У.Т. Тошпулотов,
Ш.И. Ҷобиров**

ИСТИФОДАИ АНАСТОМОЗИ ТАСҲЕҲШУДА БО УСУЛИ БЛЕЛОК ТАУСИГ ДАР ТАБОБАТИ ҶАРРОХИИ НУҚСОНҲОИ МУРАККАБИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ БО ХЕМОДИНАМИКАИ УНИВЕНТРИКУЛЯРИ ВА КАМХУНИИ ХУНГАРДИШИ ХУРД

Мақсади таҳқиқот. Нуқсонҳои мураккаби модарзодии дил дар сохтори нуқсонҳои модарзодии дил 48,8% ташкил медиҳанд, ки дар байни онҳо меъдачаи ягонаи дил дар 3,1% мушоҳида мегардад. Дар моҳҳои аввали ҳаёт аз 74 то 87% қудакони гирифтори меъдачаи ягона мефавтанд [1]. Бо дарназардошти гузаронидани тармими комили нуқсонҳо ба ин беморон амалҳои ҷарроҳии паллиативии гузаронида мешаванд, ки дар асосии ин ҷарроҳиҳо омодагардонии марҳилавии системаи дилу рағҳо ба «хомушкунӣ қисми рости дил» равона шудааст [2, 3]. Дар марҳилаи навзодӣ ба қудакони камхунӣ хунгардиши хурди хун бо мақсади бартарафкунӣ гипоксемия ва васеъшавӣи шохҳои гипопластикии шарағи шиши анастомози байнисистемавии шохрағу шарағи шиши гузаронида мешавад [4, 5].

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2012 то 2020 дар МҶИҚДР ба қудакони гирифтори нуқсонҳои мураккаби модарзодии дил бо хунгардиши маҷровобаста амалиёти ҷарроҳии гузоштани анастомози тасҳеҳшудаи зерикулфаку шарағи шиши бо усули Блелок – Таусиг гузаронида шудаанд. Синну соли миёнаи қудакон $13 \pm 6,7$ моҳ буда, вазни миёнашон $8,8 \pm 5,2$ кг ташкил дод.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаҳо. Дар марҳилаи бармаҳали пас аз ҷарроҳи фавтиш дар 1 ҳолат (3,13%) мушоҳида гардид. Натиҷаи дарозмуддати пас аз ҷарроҳи дар 31 ҳолат (96,87%) омӯхта шудааст.

Хулоса. Анастомози тасҳеҳшудаи зерикулфакиву шарағи шиши бо усули Блелок-Таусиг усули мувофиқи ҷарроҳии қудакон бо камхунӣ хунгардиши хурд мебошад. Амалиёти мазкур барои омодагардонии беморон ба ҷарроҳиҳои қиматбаҳои гузаронида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: нуқсонҳои модарзодии дил, меъдачаи ягонаи дил, анастомози тасҳеҳшуда бо усули Блелок-Таусиг.

Р.Н. Зубайдов

ОЦЕНКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибн Сино

Зубайдов Рустам Нигматович – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Цель исследования. Изучить и оценить факторы риска и проанализировать параметры толщины интима-медиа сонных артерий, как раннего предиктора атеросклероза у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 86 больных (женщин – 67, мужчин 19) с достоверным ГУ «Городской Медицинский Центр №2», города Душанбе, в возрасте от 37 до 67 лет (средний возраст – $56,5 \pm 2,9$ года). Диагноз ревматоидный артрит установлен согласно критериям Американской коллегии ревматологов/EULAR 2010 г.

Программу обследования составили общеклинические и инструментальные методы (исследование общих и доступных для осмотра участков внутренних и наружных сонных артерий с оценкой величины просвета, толщины комплекса интима-медиа, прямолинейности хода, наличие атеросклеротических бляшек сонных артерий; эхокардиография.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, при отсутствии значимых половых различий частоты артериальной гипертензии и увеличения толщины интима-медиа (наиболее раннего проявления атеросклеротического поражения сосудов), гиперхолестеринемия и длительный приём глюкокортикоидов чаще фиксировалось у женщин. Нет сомнения, что каждый из рассмотренных факторов риска вносит определённый вклад как в развитии атеросклероза сосудов, так и в нестабильности их органических изменений, однако значимость этих факторов риска в утолщении комплекса интима-медиа сосудов может быть различной.

Заключение. Данные взаимосвязанные с толщиной интима-медиа показывают половые различия, значимость факторов риска и увеличение толщины интима-медиа, несмотря на длительность приема глюкокортикоидов, эти факторы более значимы у мужчин, а у женщин толщина интима-медиа тесно взаимосвязана с продолжительностью ревматоидного артрита, уровнем общего холестерина и артериального давления.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, атеросклероз, толщина интима-медиа, факторы риска, коморбидность.

R.N. Zubaidov

ASSESMEN OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF THE CAROTID ARTERY AND RISK FACTORS FOR RHEUMATOI ARTHRITIS PATIENTS

Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Rustam Nigmatovich Zubaidov - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.

Aim. To study and evaluate risk factors and analyze carotid artery intima-media thickness parameters as an early predictor of atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis.

Materials and methods. The study involved 86 patients (women - 67, men - 19) observed in the State Institution "City Medical Center №2", Dushanbe, aged from 37 to 67 years (mean age - 56.5 ± 2.9 years). The diagnosis of rheumatoid arthritis was established according to the American College of Rheumatologists/EULAR 2010 criteria.

The examination program included general clinical and instrumental methods (examination of common and accessible parts of internal and external carotid arteries), estimation of lumen size, the thickness of intima-media complex (TCIM), straightness of its course, atherosclerotic plaques of carotid arteries (ABS), echocardiography (ECHO-KG).

Results and discussion. Thus, in the absence of significant gender differences in the frequency of arterial hypertension and increased intima-media thickness (the earliest manifestation of atherosclerotic vascular lesions), hypercholesterolemia and long-term glucocorticoid intake were more frequently recorded in women. Undoubtedly, each of the considered risk factors makes a definite contribution to the development of vascular atherosclerosis and the instability of their organic changes. However, the significance of these risk factors in the thickening of the intima-media complex of vessels may differ.

Conclusion. Data correlated with intima-media thickness show sex differences, the significance of risk factors, and an increase in intima-media thickness despite the duration of glucocorticoid therapy. The factors mentioned are more significant

in men, while in women, intima-media thickness is closely related to the duration of rheumatoid arthritis, total cholesterol levels, and blood pressure.

Keywords: Rheumatoid arthritis, atherosclerosis, intima-media thickness, risk factors, comorbidity.

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – распространенное аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов, которым страдают до 0,5-2% населения. Коморбидность оказывает неблагоприятное влияние на течение и прогноз РА, а сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются наиболее распространенными и социально значимыми сопутствующими заболеваниями и основной причиной преждевременной летальности при РА [1, 2]. По данным многоцентровых исследований сердечно-сосудистые заболевания и смертность у пациентов с ревматоидным артритом выше, чем в общей популяции. Традиционные факторы сердечно-сосудистого риска (ССР), такие как курение, сахарный диабет (СД), гипертония, дислипидемия и ожирение оказывают значимое влияние на развитие ССЗ у пациентов с РА [3].

Результаты крупных многоцентровых исследований позволяют утверждать, что иммуновоспалительный каскад при системных заболеваниях соединительной ткани способствует прогрессированию атеросклеротического процесса. До недавнего времени атеросклероз представлялся болезнью накопления липидов. Считалось, что депозиты липидов накапливались на поверхности артерии, увеличиваясь в размерах ограничивали, и затем блокировали кровоснабжение в тканях, что и приводило, в конечном счете, к инфаркту миокарду и инсультам. Ожидается, что ССЗ останутся основной причиной смерти в течение следующих 10 лет. В настоящее время известно, что воспаление участвует во всех стадиях атеросклероза, от инициирования повреждения сосудистой стенки до прогрессирования и дестабилизации бляшки [4-5].

Субклиническое воспаление и их проявление играет фундаментальную роль на всех стадиях прогрессирования атеросклеротического процессе и определяет развитие кардиоваскулярных факторов риска. Важнейший аспект этой проблемы связан с изучением механизмов, определяющих причины раннего ускоренного развития атеросклероза при классическом иммуновоспалительном ревматическом заболевании (ИВРЗ), который характеризуется прогрессирующим локальным (де-

струкция суставов) и системным воспалительным поражением внутренних органов [6-7].

Проблема своевременной диагностики раннего ускоренного атеросклеротического поражения сосудов у больных с ревматоидным артритом (РА), фактически является своеобразным системным проявлением РА, до настоящего времени остаётся одной из сложных задач ревматологии. Установлено, что у больных РА высокая частота бессимптомного инфаркта миокарда и внезапной смерти [8-9], однако значимость атеросклеротического поражения сосудов в их развитии у больных РА не решена.

Эти данные согласуются с результатами метаанализа в котором показано, что у пациентов с ранним РА по сравнению с контролем существенно выше толщина интима-медиа (ТИМ) и частота атеросклеротических бляшек сонных артерий, а высокая воспалительная активность вносит существенный вклад в увеличение ТИМ сонных артерий. Среди традиционных факторов риска при РА одну из лидирующих позиций по частоте занимает АГ, которая у данной когорты пациентов ассоциирована с увеличением встречаемости субклинических атеросклеротических изменений сонных артерий [10].

В связи с этим, изучение взаимосвязи между толщиной интима-медиа (ТИМ) сонной артерии (как раннего проявления атеросклеротического поражения сосудов) и выраженностью основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных РА, в условиях коморбидности с артериальной гипертензией представляет особый интерес.

Цель исследования. Изучить и оценить факторы риска и проанализировать параметры толщины интима-медиа сонных артерий, как раннего предиктора атеросклероза у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы исследования. В исследование включено 86 больных с достоверным диагнозом РА, наблюдавшихся в ревматологическом отделении Государственного Учреждения «Городской Медицинский Центр №2», города Душанбе (женщин 67 и мужчин 19), в возрасте от 37 до 67 лет (средний возраст – $56,5 \pm 2,9$ года). Диагноз РА установлен согласно критериям Американской коллегии ревматологов/EULAR 2010 г. Средняя

продолжительность РА составляла $9,8 \pm 2,7$ года, а АГ – $7,2 \pm 1,8$ года. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения явились наличие сахарного диабета, клинически значимых форм ишемической болезни сердца в виде текущего или перенесенного инфаркта миокарда, сердечной недостаточности III-IV функциональных классов по классификации NYHA, тяжелая сопутствующая патология.

Всем пациентам проведено анкетирование, характеризующие образ жизни, наличие факторов риска, сопутствующую патологию и медикаментозную терапию. У всех больных артериальная гипертензия зарегистрирована спустя не менее 1,5 года от дебюта РА.

Программу обследования составили общеклинические и инструментальные методы исследования (исследование общих и доступных для осмотра участков внутренних и наружных сонных артерий с оценкой величины просвета, толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ), прямолинейности хода, наличия атеросклеротических бляшек сонных артерий (АБС); эхокардиография (ЭХО-КГ)). Био-

химическое исследование сыворотки проводилось с определением скорости оседания эритроцитов (СОЭ), концентраций С-реактивного белка (СРБ, концентрация холестерина и липопротеидов определяли стандартными ферментативными методами и ревматоидного фактора (РФ)). Активность РА рассчитывалась по индексу Disease Activity Score 28 (DAS 28).

Артериальное давление (АД) измеряли на правой руке стандартной изученной методикой. Ультразвуковое исследование сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) проводили с помощью прибора Vivid 7 датчиком высокого разрешения 7 МГц. За повышение ТИМ принимали значения более 0,9 мм. Атеросклеротическое поражение сонных артерий оценивали по обнаружению АБС – локальному увеличению толщины комплекса интима-медиа $\geq 1,2$ мм.

Статистическая обработка проведена с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0». Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а оценка корреляционных связей между парами количественных признаков по Пирсону.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении частоты основных факторов риска

Таблица 1

Частота основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных РА в зависимости от пола (абс/%)

Признаки	Муж. (n=34)	Жен. (n=52)	P
Продолжительность РА более 10 лет	12 (35,3)	34 (65,4)	<0,01
Высокая активность по DAS 28	7 (20,6)	15 (28,9)	>0,05
Длительность приема ГК более года	5 (14,7)	21 (40,4)	<0,01
Артериальная гипертензия (АД более 140/90 мм рт.ст.)	17 (50,0)	35 (67,3)	>0,05
Гиперхолестеринемия (ОХС более 4,9 ммоль/л)	11 (32,4)	31 (59,6)	<0,01
Увеличение ТИМ более 0,9 мм	12 (35,3)	27 (51,9)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей (по критерию χ^2).

Таблица 2

Взаимосвязь (r) толщины интима-медиа и основных факторов риска ССЗ у больных РА

Признаки	Толщина интима-медиа, мм			
	Муж. (n=34)	p	Жен. (n=52)	P
Продолжительность РА (годы)	0,3354	<0,05	0,3984	<0,001
Активность по DAS 28	0,3586	<0,05	0,3241	<0,02
Длительность приема ГК (годы)	0,4217	<0,01	0,3733	<0,01
Артериальное давление, мм рт.ст.	0,3859	<0,02	0,3254	<0,02
Общий холестерин (ОХС), ммоль/л	0,3740	<0,02	0,3885	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость коэффициента корреляции (r) между признаком и ТИМ (по Пирсону).

сердечно-сосудистые заболевание у больных РА в зависимости от пола (табл. 1) установлено, что продолжительность РА более 10 лет, длительный прием глюкокортикоидов (более года) и гиперхолестеринемия значимо чаще наблюдается у женщин.

Половые различия частоты высокой активности по DAS 28, АГ и увеличению ТИМ более 0,9 мм – не значимы, хотя отмечается тенденция их учащения у женщин ($p > 0,05$). В целом, увеличение ТИМ отмечено всего у 45,4% больных РА.

Таким образом, при отсутствии значимых половых различий частоты АГ и увеличения ТИМ (наиболее раннего проявления атеросклеротического поражения сосудов), гиперхолестеринемия и длительный приём ГК чаще фиксировалось у женщин. Нет сомнения, что каждый из рассмотренных факторов риска вносит определённый вклад как в развитии атеросклероза сосудов, так и в нестабильности их органических изменений, однако значимость этих факторов риска в утолщении комплекса интима-медиа сосудов может быть различной. Для решения данного вопроса проведён корреляционный анализ.

Данные взаимосвязи толщины интима-медиа и основных факторов риска сердечно-сосудистые заболевание у больных РА представлены в таблице №2.

Следует отметить наличие средней, положительной взаимосвязи между ТИМ и изучаемыми факторами риска как у мужчин, так и у женщин. Установлено, что у мужчин взаимосвязь ТИМ наиболее тесная с длительностью приёма глюкокортикоидов ($r = 0,4217$; $p < 0,01$), чем с артериальным давлением, гиперхолестеринемией ($p < 0,02$), продолжительностью РА и активностью по DAS 28 ($p < 0,05$).

У женщин взаимосвязь ТИМ наиболее тесная с продолжительностью РА и уровнем общего холестерина ($p < 0,001$), а также с длительностью приёма ГК ($p < 0,01$). Взаимосвязь ТИМ с АД ($p < 0,02$) и активностью по DAS 28 ($p < 0,02$) у женщин более тесная, чем у мужчин ($p < 0,05$).

Таким образом, отмечаются половые различия значимости факторов риска в увеличении ТИМ. Несмотря на невысокую частоту длительного приёма глюкокортикоидов, этот фактор более значим в увеличении ТИМ у мужчин. Увеличение ТИМ у женщин более тесно взаимосвязано с продолжительностью РА, уровнем общего холестерина и артериальным давлением.

Выводы:

1. У женщин страдающих РА более 10 лет с основными факторами риска ССЗ установлено, что длительность приема глюкокортикоидов (ГК) равна более одного года, а гиперхолестеринемия у них наблюдалась чаще.

2. Частота высокой активности по DAS 28, артериальная гипертензия и увеличение ТИМ более 0,9 мм чаще всего наблюдались у мужчин.

3. Данные взаимосвязанные с толщиной интима-медиа показывают, что несмотря на невысокую частоту длительного приема глюкокортикоидов увеличение ТИМ более значимо у мужчин. У женщин увеличение ТИМ более тесно взаимосвязано с продолжительностью РА, уровнем общего холестерина и артериальным давлением.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-11 см. в REFERENCES)

1. Баженов А. Н. Внезапная сердечная смерть при системных ревматических заболеваниях / А.Н. Баженов, О.П. Баженова // Бюл. Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. - 2012. - №2. - С. 21-27.

2. Гордеев А. В. Оценка мультиморбидного профиля (CIRS) при ревматоидном артрите. Первые результаты / А.В. Гордеев, Е.А. Галушко, Н.М. Савушкина, и др. // Соврем.ревматология. – 2019. - №13(3). – С. 10-6.

3. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив – 2016. – №5. – С. 14-19.

4. Насонова Е.Л. Ревматология. Российские клинические рекомендации. Под.ред. Е.Л. Насонова. / Е.Л. Насонова, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

5. Панафидина Т.А. Коморбидность при ревматоидном артрите / Т.А. Панафидина, Л.В. Кондратиева, Е.В. Герасимова, и др. // Научно-практическая ревматология. – 2014. - №52(3). – С 283-289.

REFERENCES

1. Bazhenov A.N. Vnezapnaya serdechnaya smert pri sistemnykh revmaticheskikh zabolevaniyakh [Sudden cardiac death in systemic rheumatic diseases]. *Byulletin Federalnogo Tsentra serdtsa, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova - Bulletin of Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology named after V.A. Almazov*, 2012, No. 2, pp. 21-27.

2. Gordeev A.V. Otsenka multimorbidnogo profilya (CIRS) pri revmatoidnom artrite. Pervye rezultaty [Multimorbid profile assessment (CIRS) in rheumatoid arthritis. Initial Results.]. *Sovremennaya revmatologiya - Modern Revmatology*, 2019, No. 13 (3), pp. 10-6.

3. Nasonov E.L. Serdechno-sosudistaya patologiya pri revmaticheskikh zabolevaniyakh [Cardiovascular pathology in rheumatic diseases]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic Archive*, 2016, No. 5, pp. 14-19.

4. Nasonova E.L. *Revmatologiya. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii* [Rheumatology. Russian clinical guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2020.

5. Panafidina T.A. Komorbidnost pri revmatoidnom artrite [Comorbidity in rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya - Scientific and practical rheumatology*, 2014, No. 52 (3), pp. 283-9.

6. Colaco K., Ocampo V., Ayala A.P. Predictive Utility of Cardiovascular Risk Prediction Algorithms in Inflammatory Rheumatic Diseases: A systematic Review. *Journal of Rheumatology*, 2020, No. 6.

7. del Rincon I., Polak J.F., O'Leary D.H. Systemic inflammation and cardiovascular risk factors predict rapid progression of atherosclerosis in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2015, Vol. 74, No. 6, pp. 1118-23.

8. Hannawi S.M., Hannawi H., Alokayli F. Subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis patients of the Gulf Cooperated. *Saudi Medical Journal*, 2020, No. 9, pp. 1022-1025.

9. Meng-Yu W., Chia-Jung L., Ming-Feng H. New Insight into the Role of Inflammation in the Pathogenesis of Atherosclerosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 2017, No. 10, pp. 2034.

10. Pappas D.A., Nyberg F., Kremer J.M. Prevalence of cardiovascular disease and major risk factors in patients with rheumatoid arthritis: a multinational cross-sectional study. *Clinical Rheumatology*, 2018, No. 37 (9), pp. 2331-40.

11. Scooch S. Atherosclerosis in rheumatoid arthritis: is it all about inflammation. *Nature Reviews Rheumatology*, 2015, Vol. 11, No. 7, pp. 390-400.

ХУЛОСА

Р.Н. Зубайдов

БАҲОДИҶИ БА БЕМОРИИ АТЕРОСКЛЕРОЗИИ ШАРАЁНИ ХОБ ВА ОМИЛҶОИ

ХАТАРНОК ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БУҶУМДАРДИ ТАРБОДМОНАНД

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиш ва баҳодиҳии омилҳои хавфнок ва таҳлил намудани тағйирёбии патологҳои девораҳои шараёни хоб ҳамчун пешгӯйикунандаи барвақтии пайдоиши атеросклероз дар беморони буғумдарди тарбодмонанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Дар чараёни гузаронидани тадқиқот 86 бемор бо ташҳиси буғумдарди тарбодмонанд, ки дар шӯъбаи тарбодшиносӣ МД МТШ №2- шаҳри Душанбе бо табобат ва назорат фаро гирифта буданд қарор доштанд. Синну соли беморон аз 37 то 63 сола баробар буд (синну соли миёнаи онҳо ба $56,5 \pm 2,9$ баробар буд). Аз инҳо 67 нафар занҳо ва 19 нафари онҳоро мардҳо ташкил мекарданд. Ташҳиси беморони буғумдарди тарбодмонанд бо назарияи коллегияи ревматологҳои Амрико EULAR 2010 сол мувофиқа шуда буд. Барномаи ташҳиси гузаронидани усулҳои биохимияви инструментали (инчунин барои баҳодиҳии қисматҳои дохилӣ, берунӣ, ҳаҷм ғафсии девораи рағҳо, мавҷудоти болиштаги чарби дар дохили шараёни хоб доплер ва эхокардиография)-ро дар бар мегирифт.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он: Баъд аз гузаронидани ташҳисҳои клиникаи ва инструментали маълум гашт, ки зиёдшавии ғафсии девораи шараёни хоб ва зухуротҳои барвақтии касолати атеросклеротикии рағҳо, баландшавии микдори холестерин ва мудатҳои тулони қабул намудани гормонҳо бисёртар дар занҳо ба назар мерасид.

Бе шубҳа гуфтан мумкин аст, ки ҳар як мавҷудоти омилҳои хатарнок дар пайдошавии атеросклерози рағҳои хунгард дар беморони буғумдарди тарбодмонанд ҳиссаи худро мегузарад.

Хулоса: Маълумоти омӯзиши тадқиқотҳои гузаронидашуда, нишон медиҳад, ки ғафсии девораи шараёни хоб вобаста ба фарқияти ҷинси ва инчунин қабули тулонии гормонҳо дар мардҳо бисёртар мушоҳида мегардад. Дар занҳо бошад ғафсии девораи шараёнраги хоб бо давомнокии артрити тарбодмонанд, нишондоди холестерин ва баланшавии фишори шараёни, алоқамандии зич дорад.

Калимаҳои калидӣ: артрити тарбодмонанд, атеросклероз, ғафсии девораи шараёни хоб, омилҳои хатарнок.

УДК: 616.617-002:616-613.007.63+612.3.394.2:616-007.17 doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-29-33

^{1,2}Ибодов Х., ¹Мираков Х.М., ^{2,3}Икромов Т.Ш., ¹Ибодов Н.С., ²Рофиев Р.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

¹НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

²ГОУ ИПО в СЗ РТ

³ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии

Икромов Т.Ш. – д.м.н., доцент; директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; Тел.: +992 888-801-501; E-mail: ikromov0368@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность миниинвазивных методов лечения у детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом.

Материал и методы исследования. Нами у 78 (70,9%) детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом было выполнено стентирование мочеточника: I степень уретерогидронефроза –18 (23,0%), II степень –34 (43,6%) и III ст. –19 (24,3%), IVст. –7 (9,0%). Дети в возрасте до 16 лет. Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведены полные клинко – биохимические, лабораторные и рентген-лучевые исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Стентирование мочеточников проведены с целью динамического наблюдения за сокращением мочевыделительной системы. У детей стентирование проводится под общим обезболиванием путем выполнения цистоскопии. После оценки топографического расположения устья со стороны патологии везико-уретерального сегмента выполняется расширение устья мочеточника путем баллонной дилатации, затем проведение стентирования мочеточника. Эффект у 26 (23,6%) детей.

Выводы. При нейромышечной дисплазии мочеточников у детей первого года жизни бужирование, баллонная дилатация уретероветерального соустья с последующим стентированием мочеточника и чашечно-лоханочной системы у 34,0% пациентов приводят к значимому улучшению уродинамики.

Ключевые слова: уретерогидронефроз, мегауретер, стентирование, баллонная дилатация, дети.

^{1,2}Ibodov H., ¹Mirakov H.M., ^{2,3}Ikromov T.Sh., ¹Ibodov N.S., ²Rofiev R.

MINIMALLY INVASIVE METHODS FOR THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE URETEROHDRONEPHROSIS IN CHILDREN

¹NEI Medical and Social Institute of Tajikistan

²SEI Institute of Postgraduate Education in Social Protection of the Republic of Tajikistan

³SI Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery

Ikromov T.Sh. – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor; Director of State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery»; Tel.: +992 888-801-501; E-mail: ikromov0368@mail.ru

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of minimally invasive methods of treatment in children with congenital obstructive ureterohydronephrosis.

Material and research methods. We performed ureteral stenting in 78 (70.9%) children with congenital obstructive ureterohydronephrosis: I degree of ureterohydronephrosis -18 (23.0%), II degree -34 (43.6%) and III degree. -19 (24.3%), IV degree -7(9.0%). Children under the age of 16. Children with impaired urodynamics in the distal ureters underwent a complete clinical-biochemical laboratory and X-ray study.

Results of the study and their discussion. Stenting of the ureters was carried out in order to dynamically monitor the contraction of the urinary system. In children, stenting is performed under general anesthesia by performing cystoscopy. After assessing the topographic location of the orifice from the side of the pathology of the vesicoureteral segment, the ureteral orifice is expanded by balloon dilatation, followed by stenting of the ureter. It turned out to be effective in 26 (23.6%) children.

Conclusions. *With neuromuscular dysplasia of the ureters in children of the first year of life, bougienage, balloon dilation of the ureterovesical fistula, followed by stenting of the ureter and pyelocaliceal system in 34.0% of patients lead to a significant improvement in urodynamics.*

Key words: *ureterohydronephrosis, megaureter, stenting, balloon dilatation, children.*

Актуальность. С развитием медицинской технологии и внедрение её в практику урологов детского возраста значительно изменились подходы к диагностике и лечению обструктивного уретерогидронефроза у детей. Одной из причин развития мегауретера у детей является нейромышечная дисплазия дистального отдела мочеточника. Это врожденное заболевание, характеризующееся расширением мочеточника на всем протяжении, далее в зависимости от степени патологического процесса происходит дилатация лоханочно – чашечной системы почки с нарушением функции, вследствие обструкции везикоуретерального сегмента способствующей нарушению уродинамики [1, 2, 5].

Динамическое наблюдение за детьми с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом показывает, что большинство детей с данными нарушениями не требуют проведения каких либо лечебных мероприятий, потому что расширение мочеточника у них часто проходят самостоятельно. Только у 10 – 15% детей обструкции уретеровезикальной части мочеточников сохраняются и/или нарастают [5].

В последние годы, работы многих исследователей направлены на морфофункциональные особенности моторики дистального отдела мочеточника, его возможного дозревания, что позволило отказаться от ранних хирургических вмешательств и выбрать выжидательную тактику [1]. Саморазрешение уретерогидронефроза у детей младшей возрастной группы объясняется тем, что уретеровезикальный сегмент мочеточника внутриутробно отставал в развитии, а после рождения в течение 2,5 – 3 года проходит стадию дозревания [1-3]. В последнее время интересы хирургов направлены на поиск менее травматичных методов лечения. Одним из таких методов является баллонная дилатация и стентирование мочеточника [5-7, 9].

Трансуретральное эндоскопическое стентирование уретеровезикального сегмента - наиболее известная среди детских урологов как малоинвазивная манипуляция при нарушении уродинамики в дистальном отделе мочеточников. Данная манипуляция служит альтернативой хирургическому способу лечения нейромышечной дисплазии

везикоуретерального сегмента. Стентирование при нарушении уродинамики дистального отдела мочеточников по данным многих авторов приводит к восстановлению транзита мочи в везикоуретеральном сегменте [8, 10-14].

Цель исследования. Оценить эффективность миниинвазивных методов лечения у детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом.

Материал и методы исследования. Нами у 78 (70,9%) детей с врожденным обструктивным уретерогидронефрозом были выполнены стентирование мочеточника: I степень уретерогидронефроза – 18 (23,0%), II степень – 34 (43,6%) и III ст. – 19 (24,3%), IV ст. - 7 (9,0%).

У 20 (25,6%) диагноз мегауретер установлен антенатально. У 58 (74,3%) уретерогидронефроз у детей выявлен после рождения до 16 лет. При этом диагностированы уретерогидронефроз I ст. – 14 (24,1%), II ст. – 24 (41,3%), III ст. – 15 (25,8%) и IV ст. – 5 (8,6%).

В возрастном аспекте дети были следующие: от 0 до 1 года – 32 (41,0%), от 1 года до 3 лет – 25 (32,0%), от 3 до 7 лет – 15 (19,2%), от 7 до 16 лет - 6 (7,6%). Согласно проведенных исследований среди больных мальчиков было – 50 (63,6%), девочек – 28 (36,4%).

У исследуемых нейромышечная дисплазия слева был диагностирована у 44(56,4%), справа – у 28 (35,8%) и двусторонняя – у 6 (7,6%) детей.

Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников проведены полные клиничко – биохимические, лабораторные и рентген-лучевые исследования. Проводилась оценка функционального состояния почек по данным биохимических анализов крови, скорости клубочковой фильтрации, ультразвукового и рентгенологического исследования почек. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле Шварца. С целью более глубокого изучения состояния дистального отдела мочеточников, определения локализации и протяжности участка патологически изменённого мочеточника, нами у 45 детей проведена мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием в режиме 3Д изображения.

Статистический анализ проведён с использованием Microsoft Excel 2007, статистического пакета Statistica Stat Soft 8.0, а также IBMSPSSv.20. Данные представлены в виде средних значений и стандартных отклонений для непрерывных, нормально распределённых переменных, в виде медианы и межквартильного диапазона для непрерывных данных, не распределённых нормально, а также в виде абсолютных значений и процентов для категориальных данных. Анализ нормальности проводился с помощью теста Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для сравнения непрерывных переменных, имеющих нормальное распределение, использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, для переменных, не имеющих нормальное распределение - U-критерий Манна-Уитни. Данные описательной статистики представлены в виде абсолютных значений и процента к общему числу больных. Сравнительный анализ данных переменных проводился с помощью критерия χ^2 или точного критерия Фишера для малых выборок. Различия между считались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Стентированные мочеточников проведены с целью динамического наблюдения за сокращением моче-выделительной системы. У детей стентирование проводится под общим обезболиванием путем выполнения цистоскопии, при заполненном мочевом пузыре раствором фурацилина в возрастном объеме. При цистоскопии оценивается состояние уретры, мочевого пузыря, расположение и характер устьев мочеточников. После оценки топографического расположения устья со стороны патологии везико-уретерального сегмента выполняется расширение устья мочеточника путем баллонной дилатации, затем проводится проводник размером 0,014 дюйма (1 Fr). Затем по проводнику выполняется бужирование устья. После свободной проходимости везикоуретерального сегмента проводится стент в мочеточник и далее до лоханки возрастного размера. Визуально оценивается концевой завиток стента в просвете мочевого пузыря. Миниинвазивная манипуляция, то есть стентирование мочеточника выполнена у 78 детей, из них эффективным оказалось у 26 (23,6%) детей. У 20 (25,6%) детей, которым уретерогидронефроз был установлен антенатально эффективность стентирования оказалась выше чем у детей, которым стентирование проводили

после трехлетнего возраста. У этих детей антенатально был установлен уретерогидронефроз I ст. – 4 (20,0%), II ст. – 10 (50,0%), III ст. – 4 (20,0%), IV ст. – 2 (10,0%). У 18 (90,0%) этих детей восстановилась уродинамика и в течении от 6 месяцев до 1,5 года, признаки уретерогидронефроза устранились. У 2 детей с IV степенью уретерогидронефроза эффект от стентирования не было. После стентирования контрольное ультразвуковое исследование проводится на следующий день. У 8 детей до 3 лет, которым диагноз обструктивный уретерогидронефроз II степен был установлен после всесторонних обследований, стентирование оказалось во всех случаях эффективным. Всего у 26 из 78 больных стентирование дало положительные результаты. Повторное стентирование проведено у 25 (32,1%) из 78 детей с уретерогидронефрозами II-III степени. Однако проведение повторного стентирования оказалось неэффективным, отмечалось нарастание процесса обструкции, расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, присоединение вторичной инфекции, что послужило в дальнейшем проведение радикального хирургического вмешательства, то есть экстравезикальной реимплантации мочеточников с антирефлюксной защитой. Профилактическая антибактериальная терапия проведена согласно данным бактериологического исследования мочи. У 12 детей с III степени и у 7 с IV степени уретерогидронефроза после установления диагноза выполнено стентирование мочеточника. Однако стентирование оказался не эффективным. Отмечалось нарастание уретерогидронефроза и присоединение вторичной инфекции у 5 больных. Длительность нахождения стента в мочеточнике у детей составила $23 \pm 3,0$ дней. По истечении этого срока стенты удалялись. В двух случаях отмечалось самостоятельная дислокация стента, после чего они были удалены и повторно выполнено стентирование мочеточника.

У 3 пациентов на фоне стентированного мочеточника отмечалось повышение температуры тела до $38,4^\circ\text{C}$, лейкоцитурия и протеинурия в анализе мочи. Все это удалось ликвидировать путем применения антибактериальной терапии с учетом выявленной микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, а также применением уросептиков возрастной дозировки.

После удаления стентов дети в течение 2 лет находились на диспансерном наблюдении. Наблюдение строилось таким образом: после уда-

ления стента в течение 3 месяцев ежемесячно проводилось УЗИ почек и мочевыделительной системы, при отсутствии активного воспалительного процесса, выраженного нарушения уродинамики, отсутствия дилатации мочеточников и чашечно-лоханочной системы повторное исследование переносилось на 5 месяц. Кратность обследования детей с уретерогидронефрозом после удаления стента определяется индивидуально, согласно динамики патологического процесса, при нормальном течении, контрольный осмотр и УЗИ, анализ мочи проводится каждый 3 месяца до полного восстановления уродинамики.

Эффективность стентирования оценивалось по ликвидации инфекционно - воспалительных осложнений, уменьшением размеров полостной системы почек и мочеточников, восстановление паренхимы почки и ее функции.

Обсуждение. Существуют много работ по применению миниинвазивных методов лечения обструктивного уретерогидронефроза, которые во многом способствуют созреванию терминального отдела мочеточников, уменьшение диаметра мочеточников и собирательной системы почек. В нашей работе стентирование у 26 детей до трех лет оказалось эффективным. Это видимо связано с процессом созревания терминального отдела мочеточника. надо отметить, что внутреннее стентирование при нейромышечной дисплазии может быть эффективным в раннем детском возрасте, когда нет органических изменений и параллельно со стентированием происходит созревание патологического участка, то есть везикоуретерального сегмента. Все это способствует устранению обструкции, восстановление уродинамики и улучшению функции почек. Стентирование мочеточника в определенном случае может привести к положительным результатам и не требуется оперативного лечения. Нейромышечная дисплазия терминального отдела мочеточника в силу процесса созревания может устраниться.

По данным Бетанова З.В. и соавторы [4] стентирование мочеточника у детей с незначительным расширением мочеточника в дистальном отделе без расширения чашечно-лоханочной системы в 96% способствует достижению положительных результатов.

Киреева Н.Б. и соавторы [3] эндоскопически бужировали и стентировали мочеточников у 16 детей грудного и раннего возраста и у 14 получили хорошие результаты, а у 2 (12,5%) от-

сутствовал эффект от проводимой манипуляции. Эндоскопическое бужирование и стентирование мочеточника при обструкции дистального отдела мочеточника является перспективной и альтернативой открытому методу коррекции. В нашем исследовании лечение детей с уретерогидронефрозом заключалось в проведении консервативной терапии, применении миниинвазивной хирургии и радикального оперативного вмешательства.

Выводы. При нейромышечной дисплазии мочеточников у детей первого года жизни бужирование, баллонная дилатация уретерovesикального соустья с последующим стентированием мочеточника и чашечно-лоханочной системы у 34,0% пациентов приводят к значимому улучшению уродинамики.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Адаменко О.Б. Клинико - морфологическое обоснование консервативного лечения обструктивных заболеваний мочеточника у детей / О.Б.Адаменко // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – Т. 5, №3. – С. 113–114.
2. Айнакулов А.Д. Дифференцированный подход к лечению первичного обструктивного мегауретера / А.Д. Айнакулов, Б.М. Майлыбаев // Детская хирургия. – 2014. –Т.18. –№5. – С. 16–18.
3. Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю., Тибилов А.З. Тактика лечения нерефлексирующего мегауретера у детей.// Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2015. №2. - С. 73-74.
4. Коррекция нерефлексирующего мегауретера у детей раннего возраста эндоскопическим методом / З.В. Бетанов [и др.] / Мегауретер у детей. – Рязань, 2019. – С.4.
5. Малоинвазивный метод лечения нерефлексирующего мегауретера у младенцев / Л.Б. Меновщикова [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С.19 – 24.
6. Шкодкин С.В. Осложнения стентирования верхних мочевыводящих путей / С.В. Шкодкин, М.И. Коган, А.В. Любушкин // Урология. – 2015. – №1. – С. 94 – 99.
7. Эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления как метод лечения первичного обструктивного мегауретера у детей / В.Ю. Сальников [и др.] // Журнал Педиатрия. – 2016. – Т. 95, №5. – С. 48 – 52.

8. Can endoscopic balloon dilation for primary obstructive megaureter be effective in long-term follow-up? / A. Bujons [et al.] // J. Pediatr. Urol. – 2015. – V.11, №1. – P. 37.

9. Castagnetti M. Double-J stent insertion across vesicoureteral junction is it a valuable initial approach in neonates and infants with severe primary non refluxing megaureter / M. Castagnetti, M. Cimador, M. Sergio // Urology. – 2006. – V. 68, №4. – P. 870–875.

10. Endoscopic placement of double - J ureteric stents in children as a treatment for primary obstructive megaureter / D. Carroll, [et al.] // Urol. Ann. – 2010. – V. 2, №3. – P. 114–118.

11. Endoscopic balloon dilatation in primary obstructive megaureter: long-term results / I. Casal Beloy [et al.] // J. Pediatr. Urol. – 2018. – V. 14, №2. – P.167.

12. High pressure balloon dilatation of the uretero vesical junction in primary obstructive megaureter: Infectious morbidity / I. Kassite [et al.] // Prog. Urol. – 2017. – V. 27, №10. – P. 507–512.

13. Long-Term Outcomes in Primary Obstructive Megaureter Treated by Endoscopic Balloon Dilation. Experience After 100 Cases / R. Ortiz [et al.] // Front Pediatr. – 2018. – №6. – P. 275–280.

14. Primary obstructive megaureter: the role of high pressure balloon dilation / R.M. Romero [et al.] // J. Endourol. – 2014. – V. 28, №5. – P. 517–523.

ХУЛОСА

Ибодов Х., Мираков Х.М., Икромов Т.Ш., Ибодов Н.С., Рофиев Р.

УСУЛҲОИ МИНИИНВАЗИВИИ ТА- БОБАТИ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗИ ОБСТРУКТИВӢ ДАР КУДАКОН

Мақсади омӯзиш. Арзёбии самаранокии усулҳои табобати миниинвазивӣ дар кӯдакони гирифтори уретерогидронефрози обструктивии модарзодӣ.

Усулҳои мавод ва таҳқиқот. Мо дар 78 (70,9%) кӯдакони гирифтори уретерогидронефрозҳои обструктивии модарзодӣ амалиёти стентгузории ҳолиб гузаронидем: дараҷаи I уретерогидронефроз - 18 (23,0%), дараҷаи II - 34 (43,6%), дараҷаи III - 19 (24,3%) ва дараҷаи IV - 7 (9,0%). Кӯдакон то синни 16-сола. Кӯдаконе, ки бо вайроншавиҳои уродинамикӣ дар қисми дисталии ҳолибҳо мебошанд, аз таҳқиқоти пурраи клиникӣ, биохимиявӣ, лабораторӣ ва рентгенӣ гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Стентгузории ҳолибҳо бо мақсади ба таври динамикӣ назорат кардани ихтисоршавии (кашиши) роҳҳои пешоббарор гузаронида шуд. Дар кӯдакон стентгузори, дар зерӣ беҳискунии умумӣ тавассути систоскопия, анҷом дода мешавад. Пас аз баҳодиҳии ҷойгиршавии топографии сӯроҳии ҳолиб дар тарафи патологӣ сегменти везикоуретералӣ сӯроҳии ҳолиб бо дилататсияи баллони васеъ карда шуда ва баъди он стентгузории ҳолиб гузаронида мешавад. Фоиданоки дар 26 (23,6%) кӯдакон дида мешавад.

Хулосаҳо. Ҳангоми дисплазияи нейромушакии ҳолибҳо дар кӯдакони соли аввали ҳаёт, бужгузаронӣ, дилататсияи баллони бандаки везикоуретералӣ бо стентгузории ҳолиб ва системаи косачаву хавзакӣ дар 34,0% беморон ба беҳбудии назарраси уродинамика оварда мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: уретерогидронефроз, мегауретер, стентгузори, дилататсияи баллони, кӯдакон.

Т.Ш. Икромов, Б.А. Шамсов, Л.Ф. Джумаева, Б.У. Янгибаева

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Икромов Турахон Шарбатович – д.м.н., доцент, директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; Тел.: +992919000260; E-mail: ikromov0368@mail.ru

Цель исследования. Оценка влияния материнской инфекции Covid-19 на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Данным для данного исследования служили первичная медицинская документация 98 беременных женщин, родивших в родовспомогательном учреждении №1, и городской клинической больницы им. К.А. Ахмедова г. Душанбе, а также карта истории развития ребенка ф.024.

Результаты исследования и их обсуждение. Так, у 11 (11,2%) респондентов отмечались 1 роды, у 3 (3,1%) - вторые роды и абсолютное большинство были повторнородящими (84 (85,7%)). При этом диапазон родов колебался от 3 до 9 родов. В более чем 94,9% у всех рожениц кроме основной инфекции Covid -19 наблюдались от 3 до 5 экстрагенитальных и сопутствующих патологий. Средняя масса тела детей при рождении составила $3027,7 \pm 602$ г, а средний рост $49,3 \pm 3,8$ см.

Выводы. Более 85% женщин, заболевших Covid-19, имели от 3 до 9 родов а анамнезе. Физическое развитие детей, родившихся от матерей с подтвержденным covid-19, соответствует норме согласно стандартам ВОЗ.

Ключевые слова: covid-19, новорожденные, физическое развитие, беременность.

T.Sh. Ikromov, B.A. Shamsov, L.F. Jumaeva, B.U. Yangibaeva

ASSESSMENT OF THE PHYSICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF INFANTS BORN TO MOTHERS WHO UNDERWENT COVID-19 DURING PREGNANCY

State Institution "Republican Scientific and Clinical Center for Pediatrics and Children's Surgery

Ikromov Turahon Sharbatovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the State Institution "Republican Scientific-Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery"; Tel: +992919000260; E-mail: ikromov0368@mail.ru

Aim. To assess the impact of maternal Covid-19 infection on the physical and neuropsychological development of children.

Materials and methods. The data for this study were the primary medical documentation of 98 pregnant women who gave birth in obstetric institution No. 1, and the city clinical hospital named after K.A. Akhmedov, as well as a history of the development of the child f.024.

Research results. 11 (11.2%) respondents had the first birth, 3 (3.1%) had the second birth, and the vast majority 84 (85.7%) had repeated birth giving. The range of births ranged from 3 to 9 births. In addition to the main Covid-19 infection, 94.9% of women in labor had from 3 to 5 extragenital and concomitant pathologies. The average body weight of children at birth was 3027.7 ± 602 , and the average height was 49.3 ± 3.8 .

Conclusions. More than 85% of women with Covid-19 had a history of 3 to 9 births. The physical development of children born to mothers with confirmed COVID-19 is normal according to WHO standards.

Keywords: COVID-19, newborns, physical development, pregnancy.

Актуальность. Данные некоторых научных исследований свидетельствуют о том, что инфицированные беременные женщины могут быть более восприимчивы к неблагоприятным

исходам, включая интубацию, госпитализацию в отделение интенсивной терапии (ОИТ), органических осложнений и летальных исходов [8, 12, 13].

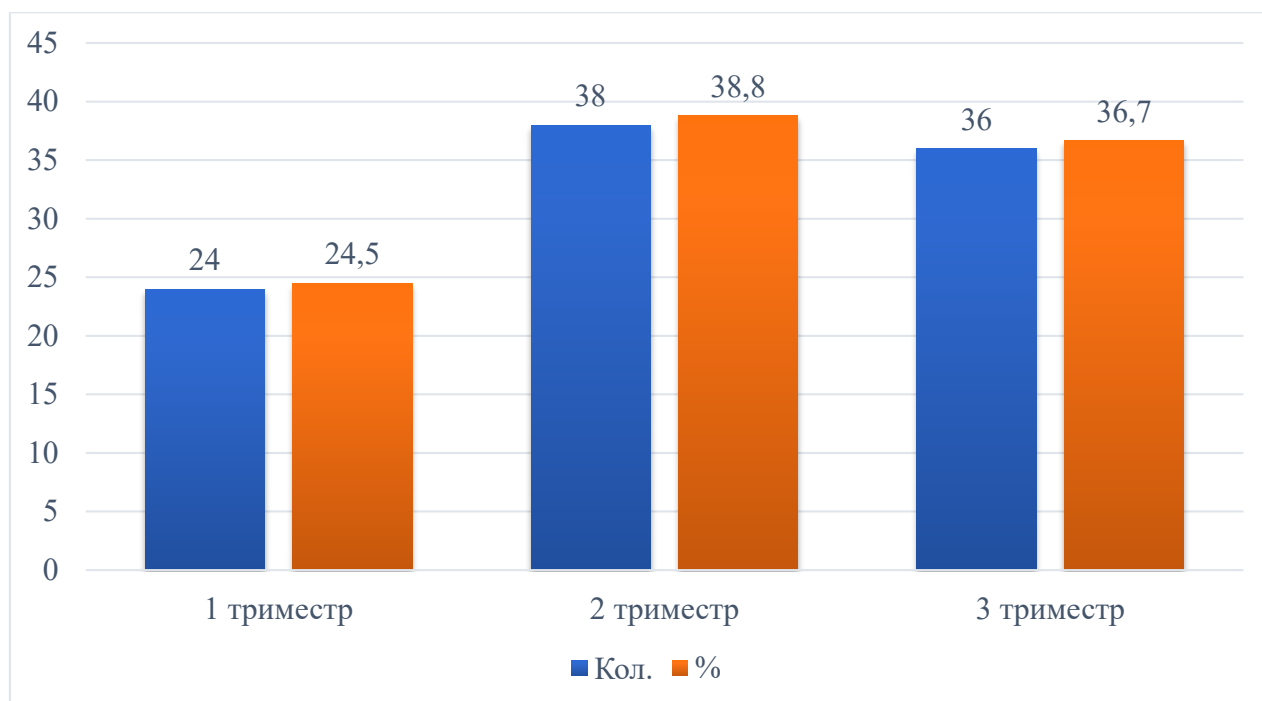


Рисунок 1. Сроки беременности при инфицировании Covid-19

Недостаточно данных для оценки влияния новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2) на беременных женщин и исходы беременности, а распространенность перинатальных осложнений до сих пор неизвестна. Тяжесть инфекции у взрослых связана с определенными факторами риска, такими как артериальная гипертензия, ожирение, хронические заболевания легких, сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания [11]. Было обнаружено, что возраст матери, ожирение, гипертония или диабет могут повышать риск заболеваемости COVID-19 у беременных [12], но эти факторы подробно не описаны в опубликованных материалах.

В настоящее время имеется мало данных исследований, показывающих долгосрочные последствия инфекции Covid-19 для беременных женщин и их детей. Необходимы исследования для оценки влияния инфекции Covid-19 во время беременности на формирование личности детей, особенности физического и нервно-психического развития.

Цель исследования. Оценка влияния материнской инфекции Covid-19 на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Данным для данного исследования служили первичная медицинская документация 98 беременных женщин, родивших в родовспомогательном учреждении

№1, и городской клинической больницы им. К.А. Ахмедова г. Душанбе, а также карта истории развития ребенка ф.024. Критерием включения в исследования служили подтвержденная коронавирусная инфекция у рожениц методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Исследования проведено в 2 этапа: на 1 этапе собирались социально-демографические и акушерско-гинекологические данные (частота развития гестационной гипертензии, преэклампсии, процент преждевременных родов, процент случаев угрожающего состояния плода, частота развития гестационной тромбоцитопении, частота послеродового атонического кровотечения, процент развития ЗВУР плода, процент случаев антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смерти).

Второй этап исследования заключался в оценке влияния инфекции Covid-19, перенесенной в период беременности, на формирование физического и нервно-психического развития детей раннего возраста.

Возраст исследуемых рожениц составил от 19 до 43 (средний возраст $29,9 \pm 5,4$) лет. У 24 рожениц инфицирование было в I триместре беременности, у 38 – во II триместре и у 36 – в III триместре (рис. 1).

Так, у 11 (11,2%) респондентов отмечались 1 роды, у 3 (3,1%) – вторые роды и абсолютное большинство были повторнородящими (84

(85,7%)). При этом диапазон родов колебался от 3 до 9 родов.

В более чем 94,9% у всех рожениц кроме основной инфекции Covid -19 наблюдались от 3 до 5 экстрагенитальных и сопутствующих патологий.

Таблица 1

Структура сопутствующих патологий у рожениц

Патологии	Количество (n)	%
Анемия	20	20,4
Лишний вес	18	18,4
Сердечно-сосудистые болезни	16	16,3
Заболевания почек	16	16,3
Инфекционные болезни	5	5,1
Сахарный диабет	2	2
Гипотрофия	2	2
Другие	25	25,5

Примечание:% от общего количество больных

Необходимо отметить, что наиболее частые патологии, в частности ожирение, преобладали у повторнородящих. Первородящие наиболее часто по сравнению с повторнородящими страдали анемией.

Для сравнения физического и нервно-психического развития детей раннего возраста в качестве контрольной группы было выбрано 35 абсолютно здоровых детей раннего возраста из г. Душанбе.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ MS Office 2019 с определением средних величин, $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. 9 детей, у рожениц с COVID-19, погибли в антенатальном периоде. Необходимо ответить, что одна из рожениц, с бесплодием в течении 18 лет, была оплодотворена экстракорпорально и носила двойню, еще 2 ребенка погибли на 2 и 13 сутки после рождения.

На 2 этап исследования в выборку нашего исследования вошли 87 детей рожденных от матерей с COVID-19 в родовспомогательных учреждениях г. Душанбе. Из этих детей 26 (29,9%) родились с помощью Кесарева сечения. 12 (13,8%) детей родились недоношенными, среди них 1 ребенок родился на 30 неделе беременности с ростом 37 см и массой тела 1300 г (таб. 2).

Таблица 2

Физические параметры новорожденных

Вес при рождении	Количество
От 1000 г до 1499 г: очень низкий вес при рождении	2
От 1500 г до 2500 г: низкий вес при рождении	10

Среди родившихся детей ($n=87$) не было выявлено существенных различий по половому признаку, но мальчики имели количественное превосходство по сравнению с девочками (52,9% и 47,1%). Средняя масса тела детей при рождении составила $3027,7 \pm 602$ г, а средний рост $49,3 \pm 3,8$ см.

Как видно из рис. 2, у детей, родившихся от матерей с COVID-19 во время беременности, не наблюдается значительных отклонений физического развития от нормы.

При анализе карт истории развития ребенка ф.024. в городских центрах здоровья г. Душанбе было выяснено что 8 детей (3 недоношенных) переехали на другое место жительства или иммигрировали в другие страны в связи с чем дальнейшая оценка физического и нервно-психического развития данных детей не представилось возможным.

Исследования статуса питания показало, что 95% детей до 3 месяцев находились на естественном вскармливании. На искусственном вскармливании с момента рождения находились 5% и получали детские молочные смеси. В соответствии с рекомендациями МЗиСЗН РТ младенцы кормились сцеженным молоком матери переболевшим коронавирусом.

При анализе воздействия материнской инфекции COVID-19 на нервную систему младенцев, не обнаружили связи между временем или тяжестью инфекции Covid-19 у матери и развитием нервной системы ребенка в возрасте 6 месяцев $p < 0,05$.

У 9 (11,3%) исследуемых детей была перинатальная энцефалопатия головного мозга. По данным УЗИ отмечалось расширение субарахноидального пространства, что в дальнейшем будет сказываться на нервно-психическом развитии детей.

В первичных документах исследуемых детей информация о прорезывании зубов было у 36 (45,6%) детей. Задержка прорезывания отмечалась у 19,4% детей, у них первый зуб прорезывался после 10-месячного возраста, соответственно у

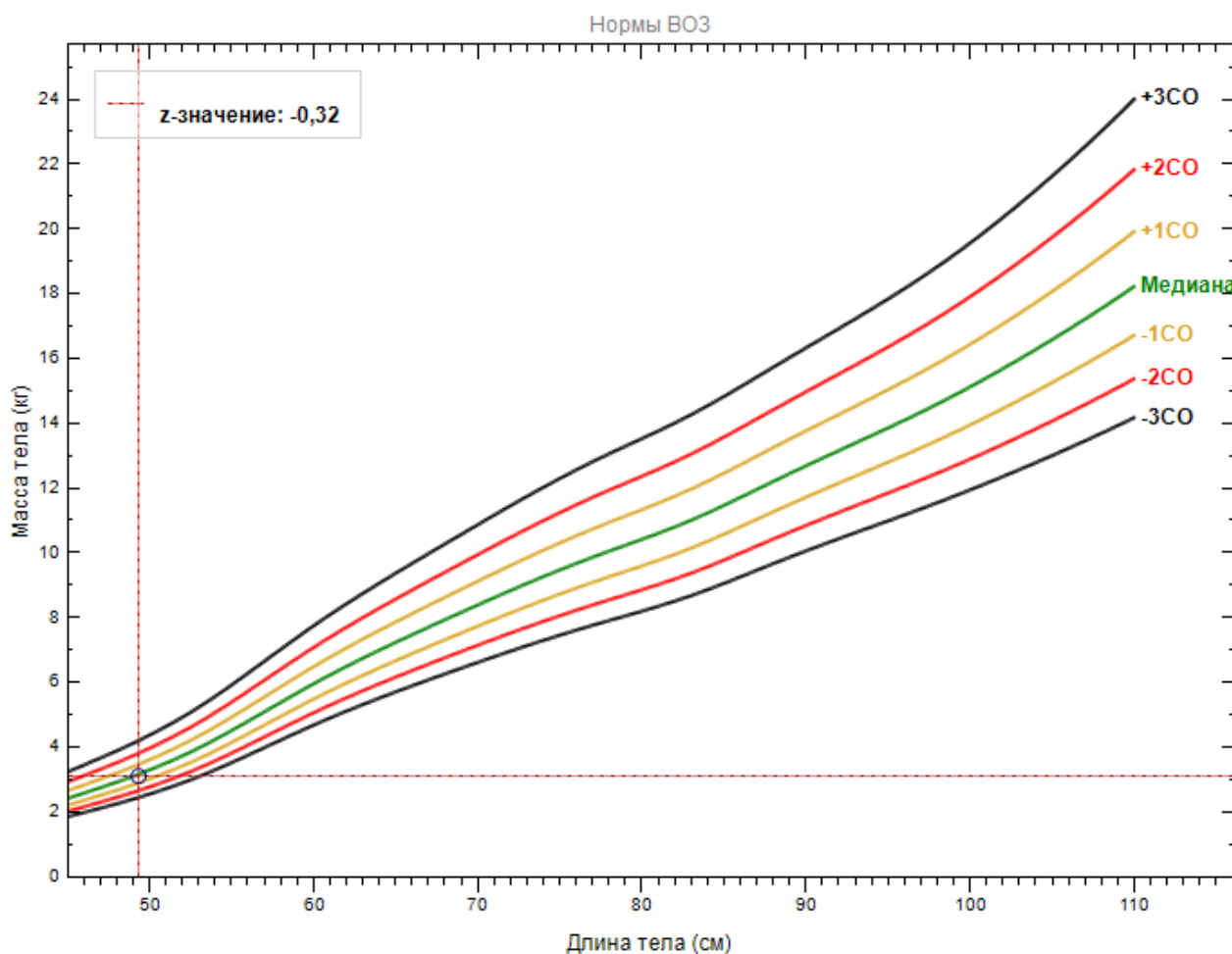


Рисунок 2. Оценка физического развития детей в соответствии со стандартами ВОЗ

Таблица 3

Физическое развитие исследуемых детей, $M \pm m$.

Возраст (мес)	Контрольная группа (n=35)		Исследуемые дети (n=79)	
	Рост	Вес	Рост	Вес
1 – месяцев	54,2±1,2	4,35±0,3	53,7±1,0	4,26±4,1
2 – месяцев	57,8±1,4	5,35±0,4	56,1±1,0	4,98±3,8
3 – месяцев	60,6±1,3	6,15±0,5	58,9±1,1	5,77±5,0
4 – месяцев	63±2,0	6,7±0,4	62,3±0,9	6,49±4,4
5 – месяцев	64,9±2,1	7,2±0,3	64,1±1,4	7,15±5,4
6 – месяцев	66,7±2,4	7,6±0,5	65,8±1,1	7,62±4,9
7 – месяцев	68,3±1,1	7,95±0,4	67,7±1,3	8,01±5,5
8 – месяцев	69,7±1,3	8,3±0,5	68,9±1,6	8,47±6,2
9 – месяцев	71±1,0	8,55±0,6	70,7±1,7	8,73±6,4
10 – месяцев	72,4±1,2	8,9±0,4	72,2±1,3	9,09±5,0
11 – месяцев	73,7±1,0	9,05±0,3	73,5±1,4	9,43±4,6
12 – месяцев	74,9±1,3	9,35±0,4	74,7±1,2	9,93±5,9

Примечание: * - $p < 0,05$

29 (80,6%) детей первый зуб прорезывался в соответствии с возрастными показателями.

Была выявлена, статистически значимая разница в задержке прорезывания зубов и недоношенности (среди детей с низкой массой тела) ($p < 0,001$). Так, среди 7 (100%) детей с задержкой прорезывания зубов 4 (57,1%) были недоношенными и 3 (42,9%) детей с низкой массой тела при рождении.

Нами также были зарегистрированы значения роста и веса исследуемых детей по нормам ВОЗ (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, исследуемые дети до 6-месячного возраста отстают в физическом развитии преимущественно за счет недоношенных детей ($n=9$), которые по сравнению с доношенными детьми отстают в росте и развитии. После 6 месяцев жизни показатели физического развития недоношенных детей по сравнению с доношенными не были статистически различимы.

Необходимо отметить, что, по данным некоторых исследований [1, 8, 13], при благоприятных медико-социальных условиях и правильном кормлении, в частности исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев и своевременное введение прикормов, показатели физического развития у недоношенных детей достигают нормы к 5 годам.

Выводы.

1. Более 85% женщин, заболевших Covid-19, имели от 3 до 9 родов а анамнезе.

2. Наличием экстрагенитальной патологии в анамнезе (ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы и т.д.) отмечаются у повторнородящих женщин, а анемия, наоборот, преимущественно у первородящих матерей.

3. Данные, свидетельствующие о вертикальном пути передачи инфекции COVID-19, от матери к плоду, относились к небольшому числу новорожденных, рожденных от матерей с Covid-19. Эти результаты позволяют дальше придерживаться основным методам ухода за новорожденными на раннем этапе, которые в настоящее время рекомендует ВОЗ.

4. Кесарево сечение, как способ снижения риска передачи вирусных инфекций, часто может привести к раннему разлучению, и может подвергнуть матерей и младенцев дополнительным рискам, связанным с хирургическим вмешательством.

5. Полученные результаты прорезывания зубов свидетельствуют о том, что существует связь между недоношенностью (низкой массой тела) и задержкой прорезывания, но связи между мате-

ринской инфицированности Covid-19 и задержки прорезывания у детей не выявлено.

6. Необходимо дальнейшие исследования, чтобы получить окончательные данные об уровне инфицирования новорожденных, рожденных от матерей с COVID-19, а также особенности их дальнейшего физического и нервно-психического развития к 5 годам.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-13 см. REFERENCES)

1. Возможна ли перинатальная COVID-19: первые результаты / М.А. Вашукова, В.А. Цинзерлинг, Н.Ю. Семенова [и др.] // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – №3. – С. 51-55.

2. Гончарова М.А. Новая коронавирусная инфекция SARS-COV-2: влияние на течение беременности / М.А. Гончарова, Ю.А. Петров // Главный врач Юга России. – 2020. – №4(74). – С. 27-31.

3. Горелов А.В. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: особенности течения у детей в Российской Федерации / А.В. Горелов, С.В. Николаева, В.Г. Акимкин // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2020. – Т. 99. – №6. – С. 57-62.

4. Клинико-эпидемиологические особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей первого года жизни / Ю.С. Абрамова, В.В. Мусатова, М.И. Цурова, Д.В. Ждан // Молодежный инновационный вестник. – 2022. – Т. 11. – №S1. – С. 183-186.

5. Новый коронавирус SARS-COV-2 и беременность: обзор литературы / Т.В. Припутневич, А.Б. Гордеев, Л.А. Любасовская, Н.Е. Шабанова // Акушерство и гинекология. – 2020. – №5. – С. 6-12.

6. Оценка состояния беременных женщин с диабетом, при заражении COVID-19 / А.Ш. Иноятлов, Г.А. Ихтиярова, Д.М. Мусаева, Г.К. Каримова // Новый день в медицине. – 2020. – №2(30). – С. 101-103.

7. Слуховая функция новорожденных, рожденных от матерей, перенесших COVID-19 / М.Р. Богомильский, И.В. Рахманова, А.Г. Матроскин [и др.] // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №4. – С. 486-495.

8. Эпидемиология, характеристика и влияние COVID-19 на детей, подростков и беременных женщин / О. Ирфан, К. Танг, М. Арии, З. А. Бхутта // Педиатрическая фармакология. – 2020. – Т. 17. – №4. – С. 352-359.

9. Шевлюкова Т.П. Ассоциативное влияние новой коронавирусной инфекции SARS-COV-2, перенесенной в период беременности, на формирование неврологических нарушений новорожденных: клинический случай / Т.П. Шевлюкова, Ж.К. Жусупова, Е.Н. Соловьева // Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38. – №5. – С. 165-172.

REFERENCES

1. Vashukova M.A. Vozmozhna li perinatalnaya COVID-19: pervye rezultaty [Is Perinatal COVID-19 Possible: Initial Results]. *Zhurnal infektologii - Journal of Infectology*, 2020, Vol. 12, No. 3, pp. 51-55.
2. Goncharova M.A. Novaya koronavirusnaya infektsiya SARS-COV-2: vliyanie na techenie beremennosti [New SARS-COV-2 coronavirus infection: impact on the course of pregnancy]. *Glavnyy vrach Yuga Rossii - Chief Physician of the South of Russia*, 2020, No. 4 (74), pp. 27-31.
3. Gorelov A.V. Novaya koronavirusnaya infektsiya COVID-19: osobennosti techeniya u detey v Rossiyskoy Federatsii [New coronavirus infection COVID-19: features of the course in children in the Russian Federation]. *Pediatrics. Zhurnal im. G.N. Speranskogo - Pediatrics. Journal named after G.N. Speransky*, 2020, Vol. 99, No. 6, pp. 57-62.
4. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti techeniya novoy koronavirusnoy infektsii COVID-19 u detey pervogo goda zhizni [Clinical and epidemiological features of the course of a new coronavirus infection COVID-19 in children of the first year of life]. *Molodezhnyy innovatsionnyy vestnik - Youth Innovation Bulletin*, 2022, Vol. 11, No. 1, pp. 183-186.
5. Pripitnevich T.V. Novyy koronavirus SARS-COV-2 i beremennost: obzor literatury [New SARS-COV-2 coronavirus and pregnancy: a review of the literature]. *Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology*, 2020, No. 5, pp. 6-12.
6. Inoyatov A.Sh. Otsenka sostoyaniya beremennykh zhenshchin s diabetom, pri zarazhenii COVID-19 [New SARS-COV-2 coronavirus and pregnancy: a review of the literature]. *Novyy den v meditsine - New day in medicine*, 2020, No. 2 (30), pp. 101-103.
7. Bogomilshiy M.R. Slukhovaya funktsiya novorozhdennykh, rozhdennykh ot materey, perenesshikh COVID-19 [Auditory function of newborns born to COVID-19 mothers]. *Otorinolaringologiya. Vostochnaya Evropa - Otorhinolaryngology. Eastern Europe*, 2021, Vol. 11, No. 4, pp. 486-495.
8. Irfan O. Epidemiologiya, kharakteristika i vliyanie COVID-19 na detey, podrostkov i beremennykh zhenshchin [Epidemiology, Characterization, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women]. *Pediatricskaya farmakologiya - Pediatric pharmacology*, 2020, Vol. 17, No. 4, pp. 352-359.
9. Shevlyukova T.P. Assotsiativnoe vliyanie novoy koronavirusnoy infektsii SARS-COV-2, perenesennoy v period beremennosti, na formirovanie nevrologicheskikh narusheniy novorozhdennykh: klinicheskiy sluchay [Associative effect of a new SARS-COV-2 coronavirus infection acquired during pregnancy on the formation of neurological disorders in newborns: a clinical case]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal - Perm Medical Journal*, 2021, Vol. 38, No. 5, pp. 165-172.

10. Dhochak N. Pathophysiology of COVID-19: why children fare better than adults? *The Indian Journal of Pediatrics*, 2020, Vol. 87, No. 7, pp. 537-546.

11. Garg S. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019—COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 2020, Vol. 69, No. 15, pp. 458.

12. Sentilhes L. Coronavirus disease 2019 in pregnancy was associated with maternal morbidity and preterm birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2020, Vol. 223, No. 6, pp. 1-15.

13. Schwartz D.A. The effects of pregnancy on women with COVID-19: maternal and infant outcomes. *Clinical Infectious Diseases*, 2020, Vol. 71, No. 16, pp. 2042-2044.

ХУЛОСА

Икромов Т.Ш., Шамсов Б.А., Чумаева Л.Ф., Янгибоева Б.У.

**АРЗЁБИИ ҲОЛАТИ ИНКИШОФИ
ҶИСМОНӢ ВА АСАБӢ-ПСИХИКИИ
КӢДАКОНИ СИННИ БАРАВҚАТӢ, КИ АЗ
МОДАРНИ ҲАНГОМИ ҲОМИЛАДОРӢ
COVID-19-РО АЗ САР ГУЗАРОНИДА ТА-
ВАЛЛУД ШУДААНД**

Мақсади омӯзиш. Арзёбии таъсири сирояти модарони гирифтори Covid - 19 ба рушди ҷисмонӣ ва ақлонӣ-руҳонии кӯдакони хурдсол.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Маълумот барои таҳқиқот ҳуҷҷатҳои аввалияи тиббии 98 зани ҳомиладор, ки дар таваллудхонаи №1 ва беморхонаи клиникии шаҳрии ба номи ба номи К.А. Ахмедови ш. Душанбе, инчунин шакли инкишофи кӯдак ф.024 буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳамин тариқ, 11 нафар (11,2%) пурсидашудагон 1 таваллуд, 3 нафар (3,1%) таваллуди дуюм ва аксарияти мутлақи онҳо 84 нафар (85,7%) серфарзанд буданд. Микдори таваллуд аз 3 то 9 нафарро ташкил меод.

Дар беш аз 94,9% тамоми занон, ба ғайр аз сирояти асосии COVID-19, аз 3 то 5 патологияи экстрагениталӣ ва ҳамроҳшаванда мушоҳида шудааст. Вазни миёнаи бадани кӯдакон ҳангоми таваллуд $3027,7 \pm 602$ гр. ва қад миёна $49,3 \pm 3,8$ см. буд.

Хулосаҳо. Зиёда аз 85% заноне, ки ба COVID-19 гирифтोर шудаанд, таърихи серфарзандӣ аз 3 то 9 таваллуд доштанд. Афзоиши ҷисмонии кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори COVID-19 тасдиқ шудааст, тибқи стандартҳои ТҶТ муқаррарӣ аст.

Калимаҳои калидӣ: COVID-19, навзодон, ҳомиладори.

Ф.З. Имомова, С.М. Каримов

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИНДЕКСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПУЛЬПАРНО-ПЕРИОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра терапевтической стоматологии, ГОУ ИПОвСЗ РТ

Каримов Сафарахмад Мунаварович – д.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59; Тел.: +992918619955; E-mail: karimov.safar67@gmail.com

Цель исследования. Оценить значение индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 75 соматических пациентов с диагнозом «сочетанное поражение пульпарно-периодонтального комплекса». У всех пациентов, принимавших участие в исследовании, определяли стоматологический уровень здоровья с использованием индекса стоматологической полиморбидности. Значение индекса названного индекса вычисляется по нижеследующим критериям: от 0 до 5 - легкая степень стоматологической полиморбидности, от 6 до 10 - средняя степень стоматологической полиморбидности, от 11 до 16 тяжелая степень стоматологической полиморбидности.

Результаты исследования и их обсуждение. Усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени у соматических больных при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса составило соответственно 29,4%, 41,2% и 29,4%. Среди пациентов контрольной группы с аналогичным сочетанным поражением усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности составило соответственно 76,0% и 24,0% при отсутствии у них тяжелой степени названного индекса.

Заключение. В настоящей статье проведен анализ существующих способов учета, коррекции и прогнозирования стоматогенных и соматических состояний пациентов. Предложен интегрированный способ оценки сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса больным, ассоциированным с межсистемными нарушениями, позволяющий врачу объективно оценить выявленную патологию полости рта эндопериодонтального характера, составить комплексный план внутриканального и проекционно-периапикального лечения и провести анализ эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сочетанное пульпарно-периодонтальное поражение, коморбидность, внутриканальное лечение, проекционно-периапикальное лечение, межсистемное нарушение, индекс стоматологической полиморбидности.

F.Z. Imomova, S.M. Karimov

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC AND PROGNOSTIC EFFECTIVENESS OF THE DENTAL POLYMORBIDITY INDEX FOR COMBINED LESIONS OF THE PULPAL-PERIODONTAL COMPLEX IN SOMATIC PATIENTS

Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Karimov Safarakhmad Munavarovich – doctor of Medical Sciences, assistant professor of the Therapeutic Dentistry Department SEE IPEHS RT, 734026, Dushanbe, I. Somoni st., Tel.: +992918619955; E-mail: karimov.safar67@gmail.com

Aim. To evaluate the dental polymorbidity index in combined lesions of the pulp and periodontal complex in somatic patients.

Materials and Methods. 75 somatic patients diagnosed with combined lesions of the pulp-periodontal complex took part in the study. All patients who took part in the study had a stomatological level of health determined using the index of stomatological polymorbidity. The index value was determined according to the following criteria: from

0 to 5 - mild degree of dental polymorbidity, from 6 to 10 - medium degree of dental polymorbidity, and from 11 to 16 - severe degree of dental polymorbidity.

Results and discussion. The average value of the stomatological polymorbidity index of mild, moderate, and severe degree in somatic patients with combined lesions of the pulpal-periodontal complex was 29,4%, 41,2%, and 29,4%, respectively. Among the patients of the control group with similar combined lesions, the average value of the stomatological polymorbidity index was 76,0% and 24,0% respectively in the absence of a severe degree of the named index.

Conclusion. The present article analyzes the existing methods of accounting, correction, and prediction of somatogenic and somatic conditions of patients. The integrated way of evaluation of combined lesion of the pulp and periodontal complex in patients associated with intersystem disorders has been suggested; it allows a doctor to evaluate objectively the revealed pathology of the oral cavity of endoperiodontal character; to make a complex plan of intracanal and projection-periodontal treatment and to analyze the effectiveness of treatment and prophylactic measures.

Keywords: combined pulp-periodontal lesion, comorbidity, intracanal treatment, projection-periapical treatment, intersystem disorder, index of dental polymorbidity.

Актуальность. Сочетанное поражение - частое явление как в общесоматической, так и в стоматологической практике. Наличие сразу нескольких заболеваний у одного пациента на сегодня явление довольно распространенное и вызывает множество вопросов в терминологическом аспекте. Наиболее часто специалистами в общемедицинской практике используются такие термины, как «Полиморбидность», «Коморбидность» и «Мультиморбидность». Изложенный факт свидетельствует о том, что на сегодняшний день в общей медицине общепризнанной классификации сочетанных заболеваний не существует. Детальный разбор терминологии в вопросах сочетанности заболеваний дан в национальном руководстве «Старение. Профессиональный врачебный подход» [4], что нашло поддержку у российского медицинского сообщества и подтверждение в разработке последних отечественных Рекомендаций «Коморбидная патология в клинической практике» [7].

На сегодняшний день наличие нескольких синхронно протекающих заболеваний у одного человека в различных стадиях и фазах своего развития считается полиморбидностью (от латинского «polymorbus» poly - много, morbus - болезнь). Вместе с тем, сосуществование двух и (или) более заболеваний у одного пациента, патогенетически и генетически взаимосвязанных между собой считается коморбидность (от латинского «comorbus» со - вместе, morbus - болезнь), а сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний одного генеза классифицируется как мультиморбидность (от латинского «multimorbus» mult - многие, morbus - болезнь) [2, 5].

В доступных литературных источниках [6, 8, 9] существуют различные способы оценки существующей патологии сочетанного характера. При этом для учета и оценки разнонаправленных

межсистемных нарушений у одного больного чаще всего используют исторически сложившийся термин «Коморбидность». По сведениям вышеупомянутых исследователей, в настоящее время разработано более 10 методов индексной оценки общесоматической коморбидности. Для оценки сочетанных соматических поражений в организме каждый индекс имеет свой подход.

Некоторые индикаторные подходы основаны на отражении тщательно разработанного списка определенных диагнозов, например, Charison Index [10]; другие индексные показатели отражают влияние коморбидных состояний на конкретные органы и системы, например, Kaplan index [11]; в указанном аспекте также имеются индикаторные подходы, предлагающие вычислению количества сочетанных внутрисистемных патологий, например, DUSOI [12].

Коморбидность в стоматологии в основном рассматривается с позиции сочетанности патологии полости рта и заболеваний внутренних органов, как взаимноотягщающее и взаимозависимое состояние [3].

К конкретному пациенту оценка наличия или отсутствия стоматологических заболеваний наиболее часто проводится в отношении определенной патологии органов и тканей полости рта (индекс интенсивности кариеса зубов, гигиенический индекс полости рта, комплексный пародонтальный индекс), однако это не позволяет получить общую картину стоматологической патологии пациента. Некоторые авторы [1] для решения данного вопроса применяют способы сочетания и учета данных нескольких индексов или сочетание индексов и определенных показателей состояния полости рта.

Органы, находящиеся в челюстно-лицевой области и полости рта, имеют в своем составе множество тканей, разных по анатомическому

строению, физиологическим функциям и генетическому развитию. Учитывая общепринятую терминологию, для определения сочетанных поражений стоматогенного характера мы остановили свой выбор на наиболее подходящий по смысловому значению термин «Полиморбидность».

На наш взгляд, все применяемые способы оценки стоматологического статуса или стоматологического уровня здоровья не позволяют получить полную картину наличия или отсутствия возможных заболеваний или патологических состояний полости рта и челюстно-лицевой области. При таком подходе заявленные способы часто не берут во внимание патологию слизистой оболочки полости рта или височно-нижнечелюстного сустава, что важно для анализа общей картины стоматологической патологии. Все вышесказанное инициировало поиск способа учета и анализа сочетанности патологии органов и тканей полости рта.

Задачей предлагаемого нами метода оценки сочетанной стоматологической патологии является разработка способа наиболее полного учета выявленных патологических изменений в полости рта и челюстно-лицевой области путем подсчета и регистрации «Индекс стоматологической полиморбидности» с последующей оценкой по предложенным критериям. Представленный индекс включает в себя 16 разделов относительно наличия патологии органов и тканей полости рта с соответствующими патологическими изменениями, характерными для определенного состояния или заболевания. При выявлении одного или нескольких патологических признаков или симптомов в каждом разделе стоматологической патологии ставится код «1», при их отсутствии – «0».

В каждом разделе названные стоматологические нозологии наиболее полно отражают возможную патологию, изменения или состояния не только органов и тканей полости рта, но и челюстно-лицевой зоне в целом. Патологические признаки и симптомы стоматологических заболеваний, а также патологических изменений челюстно-лицевой области, характерные для каждой нозологии в отдельности перечислены в каждом разделе, помещенные в таблице.

Так, в разделе 1 «Кариозные изменения, наличия полости и разрушения твердых тканей зубов, требующие восстановительно-реставрационной терапии» перечисленные патологические признаки и симптомы соответствуют кариесологической патологии.

В разделе 2 изменение цвета зубов (дисколорит), некариозные поражения (флюороз, гипоплазия, клиновидный дефект, патологическая стираемость, некроз, эрозия, наследственная патология твердых тканей зубов) и разрушения или деструкция тканей зубов травматического генеза, требующие восстановительно-реставрационной терапии, перечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют некариозной и травматической патологии твердых тканей зубов.

В разделе 3 «Боль или повышенная чувствительность тканей зуба или зубов» перечисленные признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют гиперестезия зубов.

«Разрушения зубов со вскрытием или раскрытием полости зуба, наличие свищевого хода на десне и/или околоверхушечные изменения в периадикулярной зоне при рентгенологической диагностике» (болезни пульпарно-периапикального комплекса), помещенные в 4 разделе, соответствуют перечисленным патологическим признакам, симптомам, изменениям и состояниям околоверхушечных тканей зубов.

В разделе 5 «Зубной налет, минерализованные и неминерализованные зубные камни» перечислены признаки, симптомы, изменения, отражающие гигиеническое состояние полости рта.

В 6 разделе представленного индекса под названием «Гиперемия, кровоточивость, отечность и гипертрофия слизистой оболочки десны» перечислены соответствующие признаки, симптомы, изменения и состояния наиболее распространенное заболевание перечисленных тканей в виде гингивита.

В 7 разделе «Пародонтальные карманы и/или подвижность зубов» перечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют наиболее распространенная патология тканей пародонта под названием «пародонтит».

В 8 разделе под названием «Рецессия десны и оголение корней зубов или атрофия альвеолярного отростка» перечисленные признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологии тканей альвеолярного отростка челюстей.

В 9 разделе с названием «Аденития, требующая протезирования или коррекции имеющегося протеза» перечисленные признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологии потери зубов.

В 10 разделе используемого индекса «Боль, щелканье и хруст при движении височно-нижне-

челюстного сустава или ограниченное открывание полости рта» вышеперечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния этой зоны соответствуют патологии височно-нижнечелюстного сустава.

В 11 разделе индекса с названием «Гипер-, гипосаливация, ксеростомия полости рта, гипопаротидизм, гипертрофия слюнных желез» названные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологическим изменениям в слюнных железах.

В 12 разделе под названием «Патология и аномалия прикуса, травматическая окклюзия» перечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологии прикуса

В 13 разделе «Хейлит, патология и изменения слизистой оболочки губ, гипер- или гипотрофия губ» перечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологии тканей губ.

В 14 разделе «Глоссодиния, глоссит, патология и изменения слизистой оболочки языка, гипер- или гипотрофия языка» вышеупомянутые патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологическим изменениям языка.

В 15 разделе индекса стоматологической полиморбидности под названием «Стоматит, патология и изменения слизистой оболочки полости рта, гипер- или гипотрофия слизистой оболочки полости рта» вышеперечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют патологическим изменениям в слизистой оболочке полости рта.

Последний раздел вышеупомянутого индекса называется «Кисты, опухолевидные и опухолеподобные изменения полости рта и болезни челюстей», где перечисленные патологические признаки, симптомы, изменения и состояния соответствуют кистозной или опухолевой патологии полости рта и челюстно-лицевой области.

Среди обследованного контингента суммируются все разделы стоматологической патологии, отмеченные кодом «1». Сумма разделов, отмеченных кодом «1», позволяет выявить наличия сочетанной стоматологической патологии и косвенно может оценить уровни стоматологического аспекта здоровья.

Цель исследования. Оценить значение индекса стоматологической полиморбидности при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании приняли участие 75 соматических пациентов (39 мужчин и 36 женщин) с диагнозом «сочетанное поражение пульпарно-периодонтального комплекса». При отборе пациентов руководствовались следующими критериями включения: пациенты с разнонаправленными межсистемными нарушениями легкой и средней степени тяжести; обоих полов и старше 20 лет; с клинико-рентгенологическими изменениями пульпарно-периодонтального комплекса.

Значение индекса «Стоматологической полиморбидности» вычисляется по нижеследующим критериям: от 0 до 5 - легкая степень стоматологической полиморбидности, от 6 до 10 - средняя степень стоматологической полиморбидности, от 11 до 16 тяжелая степень стоматологической полиморбидности. Легкая степень стоматологической полиморбидности говорит о незначительном количестве стоматологической патологии, средняя степень позволяет говорить уже о значительном количестве стоматологической патологии и тяжелая степень стоматологической полиморбидности - о большом количестве стоматологической патологии, что в свою очередь означает низкий уровень стоматологического аспекта здоровья.

Также была сформирована группа контроля, в которую вошли 25 соматически здоровых лиц с пульпарно-периодонтальной патологией. Возраст всех пациентов варьировал от 20 до 50 лет: 20-29 лет – 12 (16,0%) больных; 30-39 и 40-49 лет – соответственно 28 (37,3%) и 35 (46,7%) пациентов. У всех пациентов, принимавших участие в исследовании, определяли стоматологический уровень здоровья с использованием индекса стоматологической полиморбидности.

Среди всех групп пациентов проводилось комплексное обследование стоматологического статуса с использованием нижеследующих индикаторных методов изучения: состояние маргинальной десны в ближайшие и отдаленные сроки после лечения пульпарно-периодонтальной патологии изучали с использованием индекса PMA (Shour I., Massler M), индекса кровоточивости межзубного сосочка Muhlemann (PBI – papilla bleeding index), а также индекса количественного определения интенсивности зубных отложений (GI Silness-Loe).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью стандартных методов с использованием программного обеспечения: Microsoft Excel и Statistica 6.0. Для всех критериев и тестов критический уровень значимости при-

нимался равным 5%, т.е. нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ полученных данных показал, что у соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса после клинико-рентгенологического исследования полости рта в разных возрастных группах наибольшие значения индекса стоматологической полиморбидности были у пациентов старших возрастных групп ($p < 0,01$). Так, у лиц старшего возраста (40-49 лет) индекс стоматологической полиморбидности легкой степени (от 0 до 5 баллов) встречался в 8,6% случаев (3 чел.), в то время как средняя и тяжелая степень индекса стоматологической полиморбидности составила соответственно 34,3% (12 чел.) и 57,1% (20 чел.).

В младших возрастных группах соматических больных с сочетанным пульпарно-периодонтальным поражением (20-29 и 30-39 лет) значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени составили соответственно 33,3% (4 чел.), 50,0% (6 чел.), 16,7% (2 чел.) и 46,4% (13 чел.), 39,3% (11 чел.), 14,3% (4 чел.).

Усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности легкой, средней и тяжелой степени у соматических больных при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса составили соответственно 29,4%, 41,2% и 29,4%. Среди пациентов контрольной группы (без соматической патологии) с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса усредненное значение индекса стоматологической полиморбидности легкой и средней степени тяжести соответствовало значениям 76,0% (19 чел.) и 24,0% (6 чел.) при отсутствии у них тяжелой степени названного индекса.

Полученные результаты позволяют отметить, что предложенный способ оценки сочетанной стоматологической патологии при внутрисистемном поражении является один из методов реализации комплексного лечебно-профилактического подхода, который может послужить примером для дальнейшего изучения стоматологической полиморбидности с целью оценки стоматологического уровня здоровья обследованных лиц.

Таким образом, зарегистрированные поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями посчитанные нами по предложенной методике степени стоматологической полиморбид-

ности позволяют врачу объективно оценить, наглядно увидеть всю выявленную патологию рта, а также челюстно-лицевой области и составить наиболее полный план соответствующего лечения интегрированного характера. Безусловно выявленные признаки и симптомы заболеваний, изменений или состояний полости рта и челюстно-лицевой области в предложенных разделах стоматологической патологии могут иметь обратное развитие, что позволяет применять предложенный способ для оценки эффективности комплексного лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у соматических больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-12 см. в REFERENCES)

1. Бакшеева С.Л. Стоматологическое здоровье коренного и пришлого населения эвенки: применение способа количественной оценки / С.Л. Бакшеева, Н.А. Горбач, В.В. Алямовский, Л.А. Михайлова // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - №4. - С. 36-39.
2. Гажва С.И. Проблема коморбидных заболеваний в стоматологии / С.И. Гажва А.Ф. Еремеев, Д.А. Заплутанова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №16 URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23147>.
3. Косюга С.Ю. Анализ структуры сопутствующей общесоматической патологии у пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом / С.Ю. Косюга, В.Ю. Клена, В.И. Ашкинази // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17279>.
4. Лазебник Л.Б. Старение: профессиональный врачебный подход / Л.Б. Лазебник, А.Л. Верткин, Ю.В. Конев, А.С. Скотников, Е.Д. Ли // (Национальное руководство). М.: Эксмо, 2014, - 320 с.
5. Маслак Е.Е. Позиция врачей-терапевтов по вопросам взаимодействия с врачами-стоматологами при лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Е. Маслак, В.Н. Наумова // Социология медицины. 2015. Том 14, №2. С. 62-64.
6. Наумова В.Н. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний / В.Н. Наумова. С.В. Туркина, Е.Е. Маслак // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2016. - №2. - С. 25-28.
7. Оганов Р.Г. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения / Р.Г. Оганов, В.И. Симоненков, И.Г. Бакулин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019. - №18(1). - С. 5-66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>.
8. Самородская И.В. Терминология и методы оценки влияния коморбидности на прогноз и исходы лечения / И.В. Самородская, М.А. Никифорова // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева. РАМН. - 2013. - №14. - С. 18-26.

REFERENCES

1. Baksheeva S.L. Stomatologicheskoe zdorove korenogo i prishlogo naseleniya evenkii: primeneniye sposoba kolichestvennoy otsenki [Dental Health of the Indigenous and Parochial Populations of Evenkia: Application of Quantitative Assessment Method]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian Medical Review*, 2013, No. 4, pp. 36-39.
2. Gazhva S.I. Problema komorbidnykh zabolevaniy v stomatologii [The Problem of Comorbid Diseases in Dentistry]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2015, No. 16. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23147>.
3. Kosyuga S.Yu. Analiz struktury soputstvuyushchey obshchesomaticheskoy patologii u patsientov s retsidiviruyushchim aftoznym stomatitom [Analysis of the structure of concomitant general somatic pathology in patients with recurrent aphthous stomatitis]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2015, No. 1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17279>.
4. Lazebnik L.B. *Starenie: professionalnyy vrachebnyy podkhod (Natsionalnoe rukovodstvo)* [Aging: a professional medical approach]. Moscow, Eksmo Publ., 2014. 320 p.
5. Maslak E.E. Pozitsiya vrachey-terapevtov po voprosam vzaimodeystviya s vrachami-stomatologami pri lechenii patsientov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [The position of general practitioners on interaction with dentists when treating patients with cardiovascular disease]. *Sotsiologiya meditsiny - Sociology of medicine*, 2015, Vol. 14, No. 2, pp. 62-64.
6. Naumova V.N. Vzaimosvyaz stomatologicheskikh i somaticheskikh zabolevaniy [Interrelation of dental and somatic diseases]. *Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal - Volgograd Scientific and Medical Journal*, 2016, No. 2, pp. 25-28.
7. Oganov R.G. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. Algoritmy diagnostiki i lecheniya [Comorbid Pathology in Clinical Practice. Diagnostic and treatment algorithms]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika - Cardiovascular therapy and prophylactics*, 2019, No. 18 (1), pp. 5-66.
8. Samorodskaya I.V. Terminologiya i metody otsenki vliyaniya komorbidnosti na prognoz i iskhody lecheniya [Terminology and methods for assessing the impact of comorbidity on prognosis and treatment outcomes]. *Byulleten NTsSSKh im. A.N. Bakuleva. RAMN - Bulletin of the National Center for Contemporary Arts named after A.N. Bakuleft RAMS*, 2013, No. 14, pp. 18-26.
9. De Groot V., Beckerman H., Lankhorst G.J., Bouter L.M. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Clinical Epidemiology*, 2003, Vol. 56, No. 3, pp. 221-229.
10. Charlson M.E., Pompei P., Ales H.L. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Chronical Disease*, 2017, Vol. 40, pp. 373-383.
11. Kaplan M.H., Feinstein A.R. A critique of methods in reported studies of longterm vascular complications in patients with diabetes mellitus. *Diabetes*, 2013, Vol. 22, No 3, pp. 160-174.
12. Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *Clinical Epidemiology*, 2013, Vol. 46, pp. 379-393.

ХУЛОСА

Ф.З. Имомова, С.М. Каримов

ИНФОРМАТИВИИ ТАШХИСӢ ВА ПЕШӢИ ИНДЕКСИ СТОМАТОЛОГИИ ПОЛИМОРБИДӢ ҲАНГОМИ ВАЙРОНИҲОИ ҲАМҶОЯИ МАЧМӢИ ПУЛПАЮ ПЕРИОДОНТ ДАР БАЙНИ БЕМОРОНИ СОМАТИКӢ

Мақсади таҳқиқот. Баҳо додан ба нишондоди индекси стоматологии полиморбидӣ ҳангоми вайрониҳои ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт дар байни беморони соматикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар тадқиқот 75 нафар беморони соматикӣ ба онҳо ташхиси «вайрониҳои ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт» гузошта, ки муоина ва табобати заруриро гирифтанд, иштирок намуданд. Байни ҳама муоинашудагон, ки дар тадқиқот иштирок намуданд, сатҳи саломатии стоматологии онҳо бо истифода аз индекси стоматологии полиморбидӣ муайян карда шуд. Нишондоди индекси номбурда аз рӯи меъёрҳои зерин ҳисоббарорӣ карда шуд: аз нишондоди 0 то 5 – дараҷаи сабуки стоматологии полиморбидӣ, аз 6 то 10 – дараҷаи миёнаи стоматологии полиморбидӣ, аз 11 то 16 – дараҷаи вазнини стоматологии полиморбидӣ.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Нишондоди миёнаи индекси стоматологии полиморбидии дараҷаҳои сабук, миёна ва вазнини беморони соматикӣ ҳангоми мавҷудияти вайрониҳои ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт дар байни онҳо мутаносибан 29,4%, 41,2% ва 29,4%-ро ташкил намуд. Дар байни беморони гурӯҳи муқоисавии вайронаҳои ҳамҷояи монанд дошта нишондоди дараҷаҳои миёна ва сабуки индекси стоматологии полиморбидӣ мутаносибан ба 76,0% ва 24,0% баробарӣ дошта, дар байни онҳо дараҷаи вазнини индекси мазкур муайян карда нашуд.

Хулоса. Дар мақолаи мазкур таҳлили усулҳои мавҷудаи баҳисобгирӣ, ислоҳ намудан ва пешби-

никунонии ҳолатҳои стоматогенӣ ва соматикӣ беморон гузаронида шуд. Усули интегративӣ баҳо додан ба беморони вайронаҳои ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт дар якҷоя бо вайрониҳои байнисистемавӣ дошта ба табиб имкон медиҳад, ки дар асоси воқеъона баҳогузорӣ намудан ба патологияҳои сифати эндопериодонталидошта дар ковокии даҳон, нақшаи маҷмуавии табобати

эндодонтӣ ва проексионӣ-периапикалиро тартиб дода, таҳлили самаранокии чорабиниҳои табобатӣ-профилактикиро муайян созад.

Калимаҳои асосӣ: вайрониҳои ҳамҷояи пулпаю периодонт, коморбидӣ, табобати дохили ҷӯякӣ, табобати проексионӣ-периапикалӣ, вайрониҳои байнисистемавӣ, индекси стоматологии полиморбидӣ.

УДК 616.089-168:616.381-072.1

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-46-54

Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмуудинов, Ш.Н. Шамсуллозода

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Махмадов Фарух Исроилович – д.м.н., профессор, кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992900754490; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты исследования 155 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями, после операций в гепатобилиарной зоне. Проанализированы основные причины развития послеоперационных внутрибрюшных кровотечений.

Результаты исследования и их обсуждение. Предложена разработанная клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений и обоснована применение лапароскопии в коррекции послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, после операций в гепатобилиарной зоне. На основании полученных результатов, при индивидуальном подходе, авторы рекомендуют применение лапароскопии у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями.

Заключение. Релапароскопия при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях, независимо от характера предшествующей операции, позволяет при минимальной агрессии повторного вмешательства, надежно остановить кровотечение и устранить его причины.

Ключевые слова: релапаротомия, релапароскопия, послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, ранние послеоперационные осложнения операций гепатобилиарной зоны, классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений.

F.I. Makhmadov, D.N. Sadulloev, M.M. Boltuboev, A.I. Murodov, A.S. Ashurov, F.Sh. Safarov, F.N. Najmudinov, Sh.N. Shamsullozoda

CHOICE OF TACTICS FOR SURGICAL CORRECTION OF POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL BLEEDING DURING SURGERY IN THE HEPATOBILIARY ZONE

Department of Surgical Diseases №1 of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”

Mahmadov Farukh Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Surgical Diseases #1, Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992900754490; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Aim. To improve the immediate results of treating postoperative bleeding in hepatobiliary surgery.

Material and methods. The paper presents the results of a study of 155 patients with postoperative intra-abdominal bleeding after operations in the hepatobiliary zone. The main reasons for the development of postoperative intra-abdominal bleeding are analyzed.

Results. The study substantiated a clinical classification of postoperative intra-abdominal bleeding is proposed and the use of laparoscopy in the correction of postoperative intra-abdominal bleeding after operations in the hepatobiliary zone. Based on the results obtained, with an individual approach, the authors recommend using laparoscopy in patients with postoperative intra-abdominal bleeding.

Conclusion. Relaparoscopy for postoperative intra-abdominal bleeding, regardless of the nature of the previous operation, allows, with minimal aggression of re-intervention, to reliably stop bleeding and eliminate its causes.

Keywords: relaparotomy, relaparoscopy, postoperative intra-abdominal bleeding, early postoperative complications of operations in the hepatobiliary zone, classification of postoperative intra-abdominal bleeding.

Введение. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения относятся к наиболее опасным и тяжелым осложнениям раннего послеоперационного периода оперативных вмешательств на печени и желчевыводящей системе [1-3]. Частота развития этого осложнения в гепатобилиарной хирургии достигает от 1,4 до 29,0% [4-7]. Летальность при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях (ПВК) и кровотечениях в просвет пищеварительного тракта (КППТ) составляет от 22 до 54% [8-11]. Особое значение этой проблеме придает то обстоятельство, что основные причины ПВК обусловлены техническими и тактическими ошибками в процессе выполнения операции, тогда как возникновению КППТ способствует травматичность операции, ишемические и стрессовые повреждения, а также явления транзиторной портальной гипертензии [12, 13].

Летальность при развитии послеоперационных кровотечений высокая и даже при выполнении релапаротомии составляет 13,6-43,8% [14, 15]. Несмотря на значительное число публикаций о тех или иных особенностях послеоперационных кровотечений, очень мало работ, представляющих комплексный анализ внутрибрюшных кровотечений после операций на гепатобилиарной системе.

В литературе недостаточно освещены вопросы своевременной диагностики, тактические и технические особенности выполнения релапаротомии в зависимости от источника кровотечения и первичной операции на гепатобилиарной системе. В связи с этим весьма актуальна выявление основных причин развития послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, обоснование применения лапароскопии в зависимости от источника кровотечения, объема и характера первичного оперативного вмешательства.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии.

Материал и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» на базе ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе за последние 18 лет выполнено 6548 оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения наблюдали у 643 (9,8%) больных. При этом в 420 (6,4%) наблюдениях прибегали к различным вариантам повторных оперативных вмешательств с целью коррекции развившегося внутрибрюшного осложнения. Среди них послеоперационные

Таблица 1

Распределение послеоперационных внутрибрюшных кровотечений по характеру проведенных оперативных вмешательств, % (n=155)

Вид кровотечения		Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=55)	p
Внутрибрюшные кровотечения (n=97)	После операции на печени	45 (45,0%)	18 (32,7%)	>0,05
	После операции на желчных путях	24 (24,0%)	10 (18,2%)	>0,05
ОПЖКК (n=58)	После операций на печени	21 (21,0%)	16 (29,1%)	>0,05
	После операции на желчных путях	10 (10,0%)	11 (20,0%)	>0,05
Всего (n=155)	После операций на печени	66 (66,0%)	34 (61,8%)	>0,05
	После операции на желчных путях	34 (34,0%)	21 (38,2%)	>0,05

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа, ОПЖКК – острые пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения; p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

кровотечения, выражающиеся внутрибрюшным кровотечением (n=97) и острым пищеводно-желудочно-кишечным кровотечением (n=58), отмечалось у 155 (36,9%) пациентов.

С учетом проведенных методов исследований и оперативных вмешательств, пациенты были разделены на две группы. В первую (контрольную) группу были включены 55 (35,5%) пациентов, лечившихся в период с 1997 по 2005 годы до внедрения в клиническую практику современных технологий и для диагностики и лечения ПК применялась традиционная тактика. Во вторую (основную) группу отнесены 100 (64,5%) пациентов, которым проводили лечение в период 2006-2021 годов для диагностики и лечения которых применялись современные технологии и усовершенствованная хирургическая тактика. Мужчин было 63 (40,6%), женщин – 92 (59,4%). Следует отметить,

что более 72,2% пациентов (n=112) составили лица трудоспособного возраста.

Все случаи ПВК развивались в период нахождения пациентов в хирургическом стационаре. Являющимся следствием выполнения хирургических вмешательств, инвазивных лечебных и иных манипуляций на печени и желчевыводящей системы. Всех больных с ПВК по полу и возрасту распределили следующим образом (табл. 1).

Анализ послеоперационных кровотечений по характеру проведенных вмешательств показал, что в 100 (64,5%) наблюдениях осложнения возникли после оперативных вмешательств на печени, а в 55 (35,5%) наблюдениях - после операций на желчевыводящей системе.

Наличие сопутствующих патологий, закономерно усугубляли без того тяжелое состояние пациентов с ПВК. В связи с изложенным, коррекция

Таблица 2

Характер сопутствующих заболеваний пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=155)

Система органов	Нозологическая форма	Количество	
		Абс.	%
Сердечно-сосудистая система	ИБС	15	9,7
	Артериальная гипертензия	11	7,1
Система органов дыхания	ХНЗЛ	4	2,6
	Бронхиальная астма	2	1,3
Эндокринная система	Сахарный диабет	5	3,2
	Ожирение	56	36,1
	Смешанный зоб	1	0,6
Мочеполовая система	Хронический пиелонефрит	2	1,3
	Мочекаменная болезнь	1	0,6
Нервная система	Атеросклероз сосудов головного мозга	7	4,5

Примечание: % - от общего количество больных

Таблица 3

Соотношение величины разобщения листков брюшины при УЗИ и интраоперационного количества жидкости

Количество областей брюшной полости	Разобщение листков брюшины			
	0-1 см	1-2 см	2-3 см	3-4 см
1 область	220,0±23,7 (n=5)	114,7±27,9 (n=3)	480,5±80,4 (n=3)	475,0±16,7 (n=3)
2-х областей	592,7±77,6 (n=4)	533,2±61,3 (n=6)	1154,3±942,7 (n=3)	1300 (n=1)
3-х и более областей	527,7±58,4 (n=3)	926,3±90,3 (n=3)	1854,6±184,3 (n=2)	3154,3±270,5 (n=3)

Примечание: так как количество наблюдений является очень малым (менее 5 почти в каждом из наблюдений), статистическое сравнение не проводилось

ПВК проводилось также с учетом наличия той или иной сопутствующей патологии (табл. 2).

При исследовании пациентов с ПВК важное значение придавали общепринятым методам исследования, как выделение жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного обследования. Соответственно проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Возникновения ПВК устанавливается на основании выделения крови из дренажей брюшной полости и изучения результатов инструментальных методов исследования. Необходимо отметить, что при ПВК клиничко-лабораторные изменения в показателях красной крови не всегда информативны. Лишь при тяжелых профузных кровотечениях (n=29) наблюдали снижение гематологических показателей крови.

Для диагностики ПВК во всех 97 наблюдениях применили стандартное УЗИ. При этом считали целесообразным использование УЗ-сонографии брюшной полости у пациентов без признаков продолжающегося кровотечения, с подозрением на жидкостное внутрибрюшное образование.

Для определения величины гемоперитонеума при УЗИ изучали соотношения величины разобщения листков брюшины. При изучении результатов 38 (39,2%) УЗ-исследований были составлены средняя величина расхождения листков брюшины, количество областей брюшной полости, где была выявлена свободная жидкость: в подпеченочном

пространстве, вокруг селезенки, между петлями кишечника, в полости малого таза и т.д., и объем гемоперитонеума, выявленного интраоперационно (табл. 3).

Таким образом, при наличии жидкости в одной анатомической области брюшной полости, УЗ-критерием ее объема более 500 мл может считаться среднее разобщение листков брюшины более 2 см, а наличие разобщения листков более 1 см в трех и более областях свидетельствуют об объеме гемоперитонеума более 500 мл. Разобщение листков брюшины в одной анатомической области менее 2 см, свидетельствуют о незначительном объеме жидкости (менее 200 мл).

Таким образом, УЗИ позволяет своевременно диагностировать наличие гемоперитонеума и причины его развития. Это позволяет определить наиболее оптимальный выбор оперативного доступа, методы гемостаза и коррекции ОЦК.

В своих наблюдениях видеолaparоскопию применяли для диагностики и лечения внутрибрюшных кровотечений в 29 (29,9%) наблюдениях. При этом в 6 (6,2%) случаях лапароскопия трансформировалась в минилапаротомию, и в 6 (6,2%) случаях выполнялись миниинвазивные способы коррекции внутрибрюшных кровотечений.

Противопоказанием к выполнению диагностической релaparоскопии при ПВК являлись: неустойчивость гемодинамики - САД <90 мм рт.ст.,

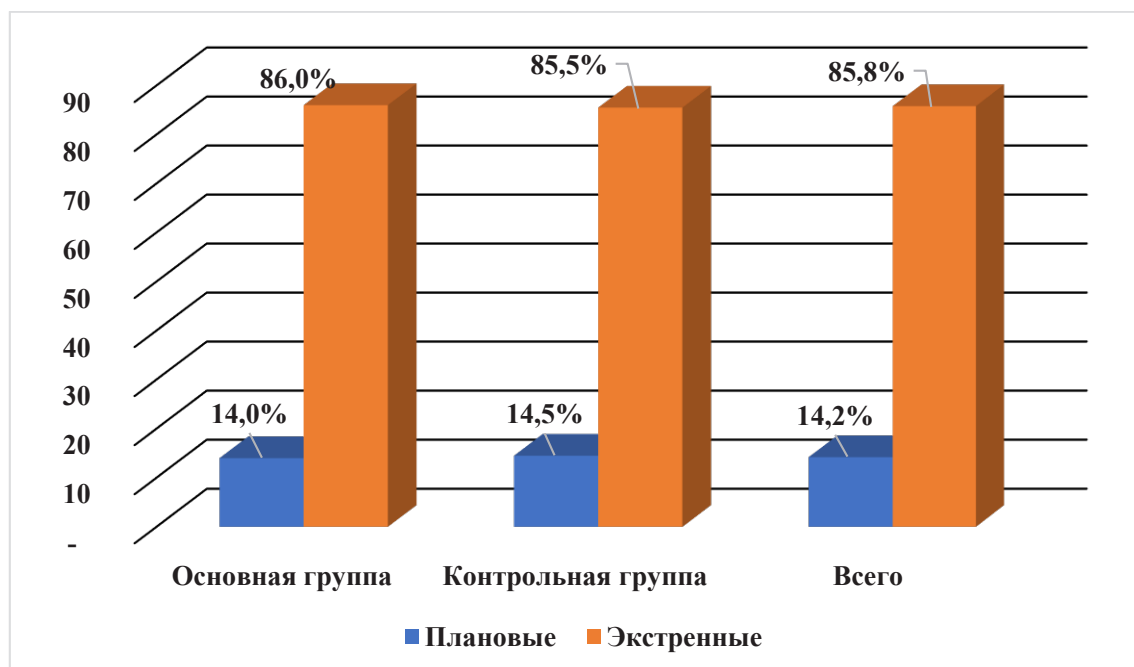


Диаграмма 1. Характер послеоперационных кровотечений в зависимости от сроков выполнения первичных оперативных вмешательств

ЧСС >110 в минуту и геморрагический шок тяжелой степени.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, USA). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Качественные величины представлены в виде их абсолютных значений и долей (%). Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни, по

качественным показателям - с использованием критерия χ^2 , в том числе и по точному критерию Фишера. Различия считались статистически значимыми при уровне p менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Немаловажным фактором, определяющий как тактику введения, так и прогноз заболевания при ПВК, является характер первично выполненной операции. Так, ПВК после плановых оперативных вмешательств, зачастую корректировались без особо сложных, комбинированных методов, т.к.

Таблица 4

Характер первично выполненных оперативных вмешательств на печени у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=63)

Нозология и характер операции	ОГ (n=45)		КГ (n=18)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
После операции по поводу эхинококкоза печени	21	46,7	11	61,1	>0,05
– Открытая эхинококкэктомия	8	17,8	4	22,2	
– Закрытая эхинококкэктомия	1	2,2	1	5,6	
– Субтотальная перицистэктомия	6	13,3	3	16,7	
– Атипичная резекция печени	3	6,7	1	5,6	
– Анатомическая резекция печени	3	6,7	2	11,1	
После операции по поводу гемангиом печени	7	15,6	2	11,1	>0,05
Атипичная резекция печени	4	8,9	2	11,1	
Анатомическая резекция печени	3	6,7	–	–	
После операции по поводу непаразитарных кист печени:	7	15,6	2	11,1	>0,05
Видеолапароскопическое иссечение кисты	6	13,3	–	–	
Иссечение кисты печени традиционным способом	1	2,2	2	11,1	
После операций по поводу абсцессов печени	7	15,6	1	5,6	>0,05
Вскрытые и дренирование абсцесса	4	8,9	1	5,6	
Вскрытые абсцесса под УЗ- контролем	3	6,7	–	–	
После операции по поводу травм печени	3	6,7	2	11,1	>0,05
Ушивание раны печени	–	–	2	11,1	
Атипичная резекция печени	3	6,7	–	–	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таблица 5

Заболевания и характер оперативных вмешательств на желчевыводящих путях, после которых возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения (n=34)

Характер заболеваний желчных путей и методы операции	ОГ (n=24)		КГ (n=10)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Хронический калькулезный холецистит	2	8,3	3	30,0	>0,05
Традиционная холецистэктомия (ХЭ)	2	8,3	3	30,0	
Острый деструктивный холецистит:	18	75,0	5	50,0	>0,05
ХЭ. Дренирование брюшной полости	11	45,8	5	50,0	
Лапароскопическая холецистэктомия	7	29,2	–	–	
Острый холецистит. Холедохолитиаз:	4	16,7	2	20,0	>0,05
ХЭ. Холедохолитомия. ХДА по Флеркену	4	16,7	2	20,0	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

закономерно функция жизненно важных органов, указанной группы пациентов, с учетом проведенных комплексных плановых исследований и патогенетически обоснованной предоперационной подготовки, находились в состоянии компенсации. Особую сложность при проведении хирургических, эндоскопических и консервативных мероприятий остановки ПВК составили пациенты после экстренных и неотложных оперативных вмешательств на печени и ЖВП (диаг. 1).

Первичные оперативные вмешательства в плановом порядке были выполнены у 22 (14,2%) пациентов основной (n=14) и контрольной группы (n=8), экстренные и неотложные - у 133 (85,8%) пациентов основной (n=86) и контрольной (n=47) группы.

На развитие послеоперационных геморрагических осложнений непосредственно влияют характер оперативных вмешательств и заболеваний по поводу которых было выполнено первичное оперативное вмешательство (табл. 4).

Так, послеоперационные внутрибрюшные кровотечения после оперативных вмешательств на печени наблюдались у 63 (64,9%) пациентов из 97. При этом пациентов основной группы было 45 (71,4%), контрольной – 18 (28,6%). В 32 (50,8%) наблюдениях послеоперационные внутрибрюшные кровотечения в основной (n=21) и контрольной (n=11) группах возникли после операций по поводу эхинококкоза печени и его осложнений.

После различных вариантов эхинококкэктомии у 32 пациентов, в 23 (71,9%) случаях внутрибрюшные кровотечения наблюдались после различных вариантов резекции печени и перицистэктомии.

Характер оперативных вмешательств на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях, после которых возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения представлены в таблице 5.

Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, после операций на ЖВП наблюдали у 24 (70,6%) пациентов основной группы и у 10 (29,4%) – контрольной. У пациентов основной

Таблица 6

Источники послеоперационных внутрибрюшных кровотечений после операций на печени и желчевыводящих путей (n=97)

Источник внутрибрюшного кровотечения	Кол-во	%
После операций на печени:	63	64,9
Кровотечение из культи печени	21	21,6
Кровотечение из остаточной полости	14	14,4
Кровотечение из паренхимы печени	28	28,9
После операций на желчевыводящих путях:	34	35,1
Кровотечение из ложа желчного пузыря	17	17,5
Кровотечение из пузырной артерии	15	15,5
Кровотечение из сосудов малого сальника	2	2,1
Всего	97	100,0

Примечание: % - от общего количество больных

Таблица 7

Клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений

По времени возникновения	По течению	По тяжести	По скорости поступления крови в брюш. полость	По степени
Сверхранние (на операционном столе, в течение 1-6 часов)	Острое	Крайне тяжелая	Профузное	III-степени Hb - 50 г/л Эр. - 1 млн. ОЦК - 40%
Ранние (с 6 часов до 24 часов)	Подострое	Тяжелая	Интенсивное	II-III степени Hb -70г/л, Эр. - 2,3 млн. ОЦК- 25%
Поздние (3-5 сутки)	Скрытое	Средней тяжести	Массивное медленное	I-II степени Hb - 90 г/л Эр. - 3,2 млн. ОЦК - 15%

группы в 7 (29,2%) наблюдениях внутрибрюшные кровотечения развились после лапароскопической холецистэктомии, в 13 (54,2%) - после традиционных оперативных вмешательств, выполненных по поводу деструктивного (n=11) и хронического холецистита (n=2). В контрольной группе (n=10) послеоперационные внутрибрюшные кровотечения возникли при выполнении традиционной холецистэктомии (n=8) и холецистэктомии с формированием холедоходуоденоанастомоза (n=2).

Детальный анализ причин возникновения послеоперационного внутрибрюшного кровотечения показал, что основной причиной ее возникновения являются тактические и технические ошибки. Наиболее частыми источниками послеоперационных внутрибрюшных кровотечений представлены в табл. 6.

В 28 (28,9%) случаях кровотечение наблюдалось из паренхимы печени после иссечения кисты печени, а также после выполнения УЗ-контролируемых вскрытий и дренирование абсцессов печени. В 21 (21,6%) наблюдениях источником кровотечения являлась резецированная культя печени, а в 14 (14,4%) - остаточная полость эхинококковых кист.

Источником внутрибрюшного кровотечения в 15 (15,5%) наблюдениях после различных вариантов холецистэктомии являлась пузырная артерия, в 17 (17,5%) – ложа желчного пузыря и в 2 (2,1%) - сосуды малого сальника.

В клинике разработана клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений (табл. 7).

Среди наблюдавшихся 97 больных с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями в 14 (14,4%) наблюдениях кровотечение диагностировано на операционном столе, после завершения операции, в 34 (35,0%) – в первые 24 часов после операции, а у 39 (40,2%) пациентов в период 24-48 часов и у 10 (10,3%) – в поздние сроки. По течению острое послеоперационное внутрибрюшное кровотечение имело место у 14 (14,4%) пациентов, подострое – у 34 (35,0%) и у 49 (50,5%) – скрытое кровотечение. Крайне тяжелая степень кровопотери имела место у 14 (14,4%) больных, тяжелое – у 34 (35,0%) и у 49 (50,5%) - средней тяжести кровопотеря.

Необходимо отметить, другим фактором, непосредственно влияющий на исход лечения ПВК, считается степень выраженности развившегося кровотечения, а также характер осложнения и состояния жизненно важных органов и систем. В

этой связи проведение дооперационной клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований имеет важное значение.

Послеоперационные кровотечения после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путей, у пациентов основной группы (n=100) в 48,0% случаев скорректированы применением мининвазивных технологий (табл. 8).

Таблица 8

Характер оперативных вмешательств у пациентов основной группы с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=100)

Характер вмешательств	Количество	%
Видеогастродуоденоскопия	14	14,0
Релапароскопия	23	23,0
Релапароскопия + минилапаротомия	6	6,0
Пункция и дренирование под УЗ-контролем	5	5,0
Релапаротомия	52	52,0
Всего	100	100,0

Примечание: % - от общего количество больных

ПК с применением релапаротомии скорректированы в 52,0% случаев, что по разным обстоятельствам устранение внутреннего послеоперационного кровотечения лапароскопическим способом считали невозможным. У 23,0% пациентов ПВК, возникших после лапароскопических вмешательств на печени и ЖВП, удалось скорректировать повторным лапароскопическим путем. При этом в 6,0% наблюдениях релапароскопия сочеталось с минилапаротомией. У 5,0% больных внутрибрюшинные кровотечения имели характер умеренного скопления крови в свободной брюшной полости, без активного продолжающегося кровотечения, что позволило произвести пункцию и дренирование под УЗ-контролем, и в 3 наблюдениях требовало повторной пункции.

В послеоперационном периоде после релапароскопических вмешательств отмечали осложнения общего характера. Летальных исходов не наблюдали. В 8 (8,0%) случаях пациентам основной группы производили релапаротомию с различными вариантами гемостаза. Осложнения наблюдали в 5 (5,0%) наблюдениях с 4 (4,0%) летальными исходами. Причиной летальных исходов являлись прогрессирующая печеночная недостаточность

(n=2), интоксикация (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

После выполнения релапаротомии у пациентов контрольной группы, послеоперационные осложнения гнойно-септического характера имело место в 12 (21,8%) случаях с 7 (12,7%) летальными исходами.

Выводы. Таким образом, релапароскопия при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях, независимо от характера предшествующей операции, позволяет при минимальной агрессии повторного вмешательства, надежно остановить кровотечение и устранить его причины.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-15 см. в REFERENCES)

1. Абдиев А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии / А.А. Абдиев // Наука, новые технологии и инновации. - 2017. - №1. - С. 49-52.

2. Воробей А.В. Дренирование брюшной полости в рамках программы хирургии быстрого выздоровления / А.В. Воробей, Ю.А. Семенова, В.К. Тихон // Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - №1 (9). - С. 138-145.

3. Зубрицкий В.Ф. Миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования у послеоперационных больных / В.Ф. Зубрицкий, А.Т. Айрапетян, И.В. Голубев, Е.П. Розберг [и др.]. // Колопроктология. - 2014. - №1. - С. 42-47.

4. Карпов О.Э. Интеграция миниинвазивных навигационных технологий в клиническую практику многопрофильного медицинского учреждения / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, С.В. Брусик, А.Л. Левчук [и др.]. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2017. - Т. 12. - №2. - С. 25-32.

5. Маскин С.С. Плановые и срочные релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях / С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева, А.М. Карсанов, Л.А. Иголкина [и др.]. // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - №7. - С.101-106.

6. Хачатрян Н.Н. Современные возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / Н.Н. Хачатрян, М.А. Евсеев, В.В. Омеляновский, М.О. Чупалов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2012. - №3 (9). - С. 26-32.

7. Томнюк Н.Д. Наиболее частые осложнения в абдоминальной хирургии / Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина, Д.Э. Здзитовецкий // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - №2 (80) - С. 100-102.

8. Жаворонкова О.И. Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатобилиарной зоны и методы их минимально инвазивной коррекции / О.И. Жаворонкова, О.В.

Мелёхина, Ю.А. Степанова, Н.Н. Ветшева [и др.]. // Медицинская визуализация. - 2013. - №6. - С.133-136.

REFERENCES

1. Abdiev A.A. Prichiny i diagnostika oslozhneniy, trebuyushchikh relaparotomii v abdominalnoy khirurgii [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii - Science, New Technologies of innovations*, 2017, No. 1, pp. 49-52.

2. Vorobey A.V. Drenirovanie bryushnoy polosti v ramkakh programmy khirurgii bystrogo vyzdorovleniya [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Khirurgiya. Vostochnaya Evropa - Surgery. Western Europe*, 2014, No. 1 (9), pp. 138-145.

3. Zubritskiy V.F. Miniinvazivnye vmeshatelstva pod kontrolem ultrazvukovogo issledovaniya u posleoperatsionnykh bolnykh [Minimally invasive ultrasound-guided interventions in postoperative patients]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2014, No. 1, pp. 42-47.

4. Karpov O.E. Integratsiya miniinvazivnykh navigatsionnykh tekhnologiy v klinicheskuyu praktiku mnogoprofilnogo meditsinskogo uchrezhdeniya [Integration of Minimally Invasive Navigation Technologies into the Clinical Practice of a Multidisciplinary Medical Facility]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*, 2017, Vol. 12, No. 2, pp. 25-32.

5. Maskin S.S. Planovye i srochnye relaparotomii pri posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhneniyakh [Planned and urgent relaparotomies for postoperative intra-abdominal complications]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban Scientific Medical Journal*, 2013, No. 7, pp. 101-106.

6. Khachatryan N.N. Sovremennye vozmozhnosti profilaktiki posleoperatsionnykh oslozhneniy v abdominalnoy khirurgii [Modern possibilities of prevention of postoperative complications in abdominal surgery]. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor - Medical Technologies. Evaluation and selection*, 2012, No. 3 (9), pp. 26-32.

7. Tomnyuk N.D. Naibolee chastye oslozhneniya v abdominalnoy khirurgii [The most frequent complications in abdominal surgery]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian Medical Review*, 2013, No. 2 (80), pp. 100-102.

8. Zhavoronkova O.I. Ultrazvukovaya diagnostika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii organov gepatobiliarnoy zony i metody ikh minimalno invazivnoy korrektsii [Ultrasound diagnosis of early postoperative complications in hepatobiliary surgery and methods of their minimally invasive correction]. *Meditsinskaya vizualizatsiya - Medical imaging*, 2013, No. 6, pp. 133-136.

9. A rare intrahepatic subcapsular hematoma (ISH) after laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature review. *BMC Surgery*, 2019, No. 19 (1), pp. 3.

10. Allaway M.R. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

11. Gupta A. Late postoperative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal. Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

12. Zhou C. Clinical analysis of transumbilical single-incision laparoscopic cholecystectomy with totally free umbilical ring by conventional instruments. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2018, No. 98 (48), pp. 3946-3949.

13. Palermo M. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019.

14. Eubanks R.D. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

15. Elkbuli A. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgery. Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев,
М.М. Болтубоев, А.И. Муродов,
А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров,
Ф.Н. Нажмуудинов, Ш.Н. Шамсуллозода**

ИНТИХОБИ УСУЛИ ИСЛОҲИ ҶАРРОҲИИ ХУНРАВИҲОИ ДОХИЛИ БАТНИИ

БАЪДИҶАРРОҲӢ БАЪД АЗ АМАЛИЁТҲО ДАР МАВЗЕИ ГЕПАТОБИЛИАРӢ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии табобати хунравии пас аз ҷарроҳӣ дар ҷарроҳии гепатобилиарӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти 155 беморони гирифтори хунравии пас аз ҷарроҳии дохили батн пас аз ҷарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ оварда шудаанд. Сабабҳои асосии инкишофи хунравии пас аз ҷарроҳии дохили батн таҳлил карда мешаванд.

Натиҷаҳо. Таснифи клиникии таҳияшудаи хунравии пас аз ҷарроҳии дохили батн пешниҳод карда шудааст ва истифодаи лапароскопия дар табобати хунравии пас аз ҷарроҳии дохили шикам пас аз ҷарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ асоснок карда шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада, бо равиши инфиродӣ, муаллифон истифодаи лапароскопияро дар беморони гирифтори хунравии пас аз ҷарроҳии дохили батн тавсия медиҳанд.

Хулоса. Релапароскопия барои хунравии пас аз ҷарроҳии дохили батн, новобаста аз хусусияти амалиёти қаблӣ, имкон медиҳад, ки бо ҳадди ақали таҷовузи такрорӣ хунравӣ боэътимод қатъ карда шавад ва сабабҳои он бартараф карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: релапаротомия, релапароскопия, хунравиҳои дохилибатнии баъди ҷарроҳӣ, оризаҳои барвақтинаи баъди ҷарроҳии амалиётҳо дар мавзеи гепатобилиарӣ, таснифи хунравиҳои дохилибатнии баъди ҷарроҳӣ.

УДК 618.7-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-54-60

М.Ш. Мукарамшоева^{1,2}

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

¹ООО «Медицинский центр «Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Мукарамшоева Мехрангез Шоинбековна - соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992938525900; Email: mekha.mika@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с бесплодием после хирургических вмешательств на органах малого таза.

Материал и методы исследования: анализированы данные 90 женщин, обратившихся в Медицинский центр «Насл» в связи с бесплодием для проведения ЭКО за 2017-2020гг., которым на первом этапе были при-

менены различные подходы в хирургическом лечении и без оперативных вмешательств на органах малого таза в анамнезе.

Результаты исследования и их обсуждение. Дифференцированный подход на хирургическом этапе и комплекс реабилитационных противоспаячных мер в послеоперационном периоде в подготовки к программе ЭКО обеспечил частоту наступления клинической беременности в 69% случаях, а кумулятивный коэффициент частоты живорождений (CLBR) - 44,8% в основной группе.

Выводы. Снижение фертильности женщин, перенесших полостные оперативные вмешательства без соблюдения органсберегающих принципов и реабилитационных противоспаячных мероприятий, обосновывает более широкое внедрение эндоскопических органсберегательных вмешательств на органах малого таза с обязательным послеоперационным комплексом восстановительных мероприятий у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

Ключевые слова: операции на органах малого таза, эндохирургия, реабилитация, PRP-терапия, вспомогательные репродуктивные технологии, женщины, бесплодие.

M.Sh. Mukharamshoeva^{1,2}

EVALUATION OF THE EFFICACY OF IVF PROGRAMS IN WOMEN WITH INFERTILITY WHO HAVE SURGICAL INTERVENTIONS ON THE PELVIC ORGANS

¹LLC "Medical Center "Nasl"

²Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 SEI "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

Mukharamshoeva Mekhrangez Shoinbekovna - postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 of State Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"; Tel: +992938525900; Email: mekha.muka@mail.ru

Aim. To evaluate the effectiveness of assisted reproductive technologies in women with infertility after surgical interventions on the pelvic organs.

Material and methods: We analyzed the data of 90 women who approached the Nasl Medical Center due to infertility for IVF in 2017-2020, to whom different approaches in surgical treatment and without surgical interventions on the pelvic organs in the anamnesis were applied at the first stage.

Results. "A differentiated approach during the surgical stage and a complex of rehabilitation anti-adhesion measures in the postoperative period, as preparation for the IVF program, ensured a frequency of clinical pregnancy occurrence in 69% of cases, and a cumulative frequency coefficient of live births (CLBR) of 44.8% in the main group."

Conclusions. Decreased fertility of women who underwent abdominal surgery without observing organ-sparing principles and rehabilitation anti-adhesion measures justifies the wider introduction of endoscopic organ-sparing interventions on the pelvic organs with a mandatory postoperative complex of restorative measures in adolescent girls and women of reproductive age to preserve their fertility.

Keywords: operations on the pelvic organs, endosurgery, rehabilitation, PRP-therapy, assisted reproductive technologies, women, infertility.

Актуальность. Бесплодием страдает до 186 миллионов человек в мире (ВОЗ) [10, 11]. Одним из основных причин выступает трубно-перитонеальный фактор, причинами которого служат перенесенные воспалительные заболевания, операции органов малого таза, эндометриоз [1, 3]. Оклюзии маточных труб может способствовать абдоминальная миомэктомия по поводу первичного бесплодия и не вынашивания беременности [6]. Эндометриоз встречается в половине всех случаев бесплодия у женщин [4]. А овариальный резерв после резекции эндометриом страдает сильнее, чем после удаления других доброкачественных

опухолей по причине большей потери коркового вещества [6, 11]. Также, важное значение имеют качество эмбриона и состояние эндометрия [12]. Описаны связи между «тонким» эндометрием и низкими показателями имплантации [7, 14]. Обзор литературы демонстрирует разнообразие методов подготовки таких пациенток к ЭКО: циклическая гормональная терапия, использование вазоактивных препаратов, гонадотропинов, ингибиторов ароматазы, тамоксифена, икариина, цинка, гистероскопический адгезиолиз, физиотерапевтические процедуры, внутриматочную инфузию аутоплазмы,

обогащенной тромбоцитами, клеточную терапию стволовыми клетками [2, 5, 7, 8].

Цель исследования. Оценить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий с дифференцированным подходом у женщин с бесплодием, перенесших хирургические вмешательства на органах малого таза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ эффективности применения ВРТ у 90 пациенток, обратившихся в Медицинский центр «Насл» в период с января 2017 по январь 2020 года по поводу первичного и вторичного бесплодия различного генеза для прохождения программы ЭКО, со сроком наблюдения до сентября 2021 года. I (основную) группу составили 29 пациенток, которым в плане предгравидарной подготовки к программе ЭКО проведены миниинвазивные хирургические вмешательства с лечебно-диагностической целью с реабилитационным и восстановительным лечением в условиях центра; II группу - 40 пациенток, имевшие в анамнезе хирургические вмешательства на органах малого таза в других учреждениях; III группу - 21 пациенток, не имевших в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза.

В плане обследования проведены: анамнестический сбор, клинико-лабораторный (ИФА, ПЦР), лучевые, эндоскопические методы исследования. В плане предгравидарной подготовки в послеоперационном периоде через 14 дней всем пациенткам I-ой группы проведен комплекс рассасывающей

противоспаячной терапии с физиотерапевтическими процедурами на область малого таза, которые включали:

1 этап – противоспаячная терапия (дистрептаза: стрептокиназа + стрептодорназа) ректально 15000 МЕ+1250 МЕ по 1 супп. 2 раза/сут в течение 3 дней, далее – по 1 супп. 1 раз/сут в течение следующих 4 дней; токоферола ацетат 200 мг внутрь по 1 капс 2 раза в день 14 дней; электрофорез на низ живота с чередованием раствора цинка, калий йодида и лидазы методом гальванизации с целью противовоспалительного, обезболивающего и рассасывающего воздействия, а также нормализующего гормональную функцию яичников (15 дней);

2 этап – витаминотерапия, улучшение микроциркуляции (депротеинизированный гемодериват крови телят (актовегин) по 1-2 таблетки 3 раза/сут (600-1200 мг/сут) 4-6 недель; дипиридамол 75 мг (курантил) – 1 таб внутрь 1 раз в неделю 4 недели; PRP-терапия (Platelet Rich Plasma) (введение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы 10 пациенткам в количестве 1-2 мл в полость матки, с целью стимуляции роста собственных клеток при «тонком» эндометрии менее 7 мм на 12-14 дни менструального цикла, и женщинам в старше 39 лет), иммуномодулирующая терапия (озонотерапия 10 дней; аминодигидрофалазиндион натрия суппозитории ректальные 100 мг (галавит) 5 дней по 1 супп. 1 раз/сут, затем – по 1 супп. через каждые 72 ч., курс – 20 супп.); бовгиалуронидаза азоксимер

Таблица 1

Структура перенесенных хирургических вмешательств и их количество у пациенток I (n=29) и II (n=40) групп.

Объемы операций во II группе (n=40)	абс.ч.	Объемы операций в I группе (n=29)	абс.ч.
ЛТ+миомэктомия	2	ЛТ+миомэктомия	2
ЛТ+аппендэктомия	3	ЛС+ГС+ХСС+адгезиолизис	11
ЛТ+тубэктомия	11	ЛС+ХСС+адгезиолизис	4
ЛТ+аднексэктомия	10	ЛС+тубэктомия	11
ЛТ+кесарево сечение	3	ЛС+цистэктомия+энуклеация эндометриоидной кисты+адгезиолизис	6
ЛС+туботомия	1		
ЛС+тубэктомия	8	ЛС+каутеризация яичников+гистероскопия	1
ЛС+фимбриолизис	5		
ЛС+цистэктомия	4	Гистерокопия+полипэктомия	7
ЛС+цистэктомия+энуклеация эндометриоидной кисты+адгезиолизис	2	-	-
ЛС+каутеризация яичников+гистероскопия	1	-	-
ЛС+адгезиолизис	1	-	-
Гистерокопия+полипэктомия	3	-	-
Всего вмешательств:	58	-	37

Примечание: ЛТ – лапаротомия, ЛС – лапароскопия, ГС – гистероскопия, ХСС – хромосальпингоскопия.

(лонгидаза) 3000 МЕ суппозитории интравагинальные 1 раз/сут на ночь, 10 дней.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics v.26. В исследовании применены методы описательной статистики с определением минимального, максимального и среднего значения признака и определение его доли. Сравнение групп проводилось по критерию Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни и χ^2 для произвольных таблиц. Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Первичное бесплодие в 2 раза чаще встречалось у пациенток III группы – 19/21 (90,5%) случаев. В структуре бесплодия в I группе чаще встречался эндокринный фактор – 13/29 (45%) случаев, во II группе трубно-перитонеальный – 30/40 (75%) случаев, и в III группе мужской фактор – 14/21 (66,7%) случаев.

Анализ структуры перенесенных хирургических вмешательств и сроков их давности в I и II группах представлен в табл. 1.

В I группе операции проведены в условиях Медицинского центра «Насл» в сроках от 6 до 12 месяцев до начала программы ЭКО. Все вмешательства выполнены лапароскопическим доступом, кроме 2 пациенток - лапаротомный доступ в связи с миомэктомией и размерами узлов более 4 см. Одно оперативное вмешательство было выполнено

22 (75,9%) пациенткам, 2 операции – 5 (17,2%) пациенткам, и 2 (6,9%) женщины перенесли по 3 операции.

Во II группе одно оперативное вмешательство перенесли 23 (57,5%) женщины, 2 операции – 15 (37,5%) пациенток, и 2 (5%) пациентки перенесли по 3 операции в других медицинских учреждениях. Так, доля лапаротомных доступов во II группе составила 29/58 (50%) случаев, а в I группе лишь 2/44 (4,5%) случая. На одну пациентку I группы приходится 1,28 операций, II группы – 1,45 операций в среднем. Сроки давности перенесенных операций во II группе варьировали от 1 года до 17 лет и в среднем составляли 5,04 года. Важно отметить, что в I группе эндоскопические вмешательства во всех случаях носили бережный органосохраняющий характер, с применением щадящих электрохирургических режимов (монополярный) и рассасывающихся материалов при восстановлении целостности стенок матки и тканей яичников. Осложнений после хирургического этапа лечения не отмечено. Пациентки выписывались после 1-ых суток домой в удовлетворительном состоянии, и 2 пациентки после миомэктомии были выписаны на 5-ые сутки. Изучить особенности хирургических вмешательств, гемостаза и воздействий электрокоагулирующих воздействий у пациенток, подвергшихся операциям в других учреждениях, не представлялось возможным.

Таблица 2

Показатели гормонального статуса пациенток

№	Показатель	Референс	I группа (n=29)	II группа (n=40)	III группа (n=21)	p (df =2)
1.	АМГ (нг/мл)	1,0-2,5	4,3±3,0	3,5±2,2	4,5±1,5	0,0945
2.	ФСГ (мЕд/мл)	0,57-8,77	9,8±5,1	8,7±4,7	7,4±3,3	0,2739
3.	ЛГ (мЕд/мл)	1,55-53,0	10,2±4,1	8,0±4,5 p1 =0,028	9,2±3,9	0,0294
4.	Пролактин, мЕд/мл	до 540,0	654,8±301,7	599,5±422,2	541,4±269,3	0,1938
5.	Эстрадиол, пг/мл	13,6-190,0	56,3±39,5	74,0±65,9	67,6±54,3	0,7491
6.	Тестостерон, нмоль/л	0,2-2,7	1,7±0,5	5,1±4,7	2,6±1,6 p1 =0,038	0,0369
7.	Прогестерон, нмоль/л	6,0-70,0	11,1±8,8	17,2±16,0	16,9±16,1	0,5809
8.	Т3, нмоль/л	0,98-2,33	3,3±1,0	3,8±1,0	4,1±2,4	0,4807
9.	Т4, нмоль/л	62,0-150,0	12,1±5,6	14,2±6,5 p1 >0,05	15,3±5,8 p1 =0,035	0,0273
10.	ТТГ, мЕд/мл	0,4-4,0	2,4±1,3	1,7±1,0 p1 =0,034	2,8±2,8	0,0395

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между тремя группами (по критерию Краскела-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различий показателей по сравнению с I группой; p₂ – статистическая значимость различий показателей по сравнению со II группой (p₁-p₂ – по критерию Манна-Уитни).

Таблица 3

Характеристика программ ЭКО и их эффективность, (% , n)

№	Показатель	I группа (n =29)	II группа (n =40)	III группа (n =21)	p (df =2)
1.	IVF	62,1% (18)	87,5% (35)	42,9% (9)	0,002
2.	ICSI	37,9% (11)	12,5% (5)	57,1% (12)	0,002
3.	Перенос размороженных эмбрионов	10,3% (3)	10,0% (4)	19,0% (4)	>0,05
4.	Короткий протокол	86,2% (25)	95,0% (38)	95,2% (20)	>0,05
5.	Длинный протокол	13,8% (4)	5,0% (2)	4,8% (1)	>0,05
6.	Перенос эмбрионов на 3 день	72,4% (21)	82,5% (33)	71,4% (15)	>0,05
7.	Перенос эмбрионов на 5 день	27,6% (8)	17,5% (7)	28,6% (6)	>0,05
8.	Перенос 1 эмбриона	27,6% (8)	20,0% (8)	14,3% (3)	>0,05
9.	Перенос 2 эмбрионов	72,4% (21)	80,0% (32)	85,7% (18)	>0,05
10.	Клиническая беременность	69,0% (20)	42,5% (17)	38,1% (8)	0,044
11.	Выкидыш на сроках до 12 недель	35,0% (7/20)	5,9% (1/17)	12,5% (1/8)	>0,05
12.	Живорожденные	44,8% (13/29)	40% (16/40)	33% (7/21)	0,044

Примечание: p – статистическая значимость различий результатов среди всех групп (по критерию χ^2 для произвольных таблиц).

Изучение гормонального статуса пациенток трех групп проведено до начала программы ЭКО при их первичном поступлении (табл. 2). Выявлено повышение среднего уровня пролактина во всех группах, тестостерона - во II группе. А высокие средние значения АМГ указывали на высокую частоту гиперэстрогении и недостаточность лютеиновой фазы. Наименьшее значение ЛГ было выявлено во II группе. Среднее значение тестостерона статистически значимо было выше в III группе.

По данным УЗИ, признаки спаечного процесса были отмечены лишь во II группе у 16 (40%) пациенток. Толщины М-эха статистически значимо была меньше у пациенток II группы, что возможно является следствием агрессивной хирургической тактики, применяемой в других учреждениях. По длине и ширине тела матки и толщине М-эха статистически значимо наименьшие размеры были выявлены в III группе, а число антральных фолликулов в яичниках пациенток III группы было больше, что объясняется отсутствием операций в данной группе. В I и II группах в более чем половине случаев была проведена программа IVF – 62,1% и 87,5%, а в III - в 57,1% случаев применена программа ICSI в виду преобладания мужского фактора бесплодия (табл. 3).

Во II группе статистически значимо чаще выполнялись программы IVF, а в III группе – ICSI,

в связи с преобладанием мужского фактора бесплодия. Также выявлено, что дифференцированный подход обеспечил частоту наступления клинической беременности в 69% случаях, а кумулятивный коэффициент частоты живорождений (CLBR) составил 44,8% в I группе. Аналогичные показатели во II, III группах были ниже – 40 и 33,3%, соответственно. Данный показатель в странах Европы и США варьирует от 29 до 42%, согласно данным 27 рандомизированных клинических исследований за 2016 год [4, 9]. Выявленные нарушения репродуктивной системы женщин II группы были связаны с более высокой частотой хирургических вмешательств в анамнезе с открытым доступом в половине случаев, значительными сроками давности вмешательств (3-10 лет в 73,5% случаях), и как следствие - увеличение доли трубно-перитонеального фактора как причины бесплодия (в 2 раза в сравнении с I группой). Более выраженное уменьшение среднего значения толщины М-эха было также выявлено во II и III группах, что имело прямую зависимость с частотой имплантации.

Выводы. Таким образом, полученные данные указывают на снижение фертильности женщин, перенесших полостные оперативные вмешательства без соблюдения органсберегающих принципов и реабилитационных противоспаечных мероприятий, что говорит в пользу более широкого внедрения

эндоскопических миниинвазивных органсберегающих вмешательств на органах малого таза с обязательным послеоперационным комплексом восстановительных мероприятий у девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-14 см. в REFERENCES)

1. Оразов М.Р. Проблемный эндометрий как фактор бесплодия: поиск путей преодоления продолжается / М.Р. Оразов, К.В. Краснопольская, Е.С. Силантьева, Л.М. Михалева, И.Ю. Ершова, Е.В. Лагутина, П.А. Семенов // Трудный пациент. - 2020. - Т.18, №8-9. - С. 13-19.
2. Смирнова И.В. Эндометриозассоциированное бесплодие / И.В. Смирнова, А.Г. Бресский, О.В. Лысенко // Охрана материнства и детства. - 2011. - №1. - С. 63-65.
3. Хамзин И.З. Влияние биполярной коагуляции на овариальный резерв (ОР) при энуклеации эндометриодных кист / И.З. Хамзин, Д.А. Шуйская, Э.Д. Месропян, Э.С. Степанян // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - Т.65. - С. 64-65.
4. Храмова А.Ю. Современный взгляд на проблему «тонкого» эндометрия: пути решения в программах вспомогательных репродуктивных технологий / А.Ю. Храмова, Н.В. Башмакова // Проблемы репродукции. - 2019. - Т.25, №4. - С. 69-76.

REFERENCES

1. Orazov M.R. Problemnyy endometriy kak faktor besplodiya: poisk putey preodoleniya prodolzhaetsya [Problematic endometrium as a factor of infertility: the search for ways to overcome it continues]. *Trudnyy patsient - Difficult patient*, 2020, Vol. 18, No. 8-9, pp. 13-19.
2. Smirnova I.V. Endometriozassotsirovannoe besplodie [Endometriosis-associated infertility]. *Okhrana materinstva i detstva - Protection of motherhood and childhood*, 2011, No. 1, pp. 63-65.
3. Khamzin I.Z. Vliyanie bipolyarnoy koagulyatsii na ovarialnyy rezerv (OR) pri enukleatsii endometrioidnykh kist [Effect of bipolar coagulation on the ovarian reserve (OR) during enucleation of endometrioid cysts]. *Zhurnal Akusherstva i Zhenskikh Bolezney - Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2016, Vol. 65, pp. 64-65.
4. Khamtsova A.Yu. Sovremennyy vzglyad na problemu «tonkogo» endometriya: puti resheniya v programmakh vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologiy [Current View of the "Thin" Endometrium Problem: Ways to Solve it in Assisted Reproductive Technology Programs]. *Problemy reproduksii - Problems of reproduction*, 2019, Vol. 25, No. 4, pp. 69-76.
5. Chang H.J., Han S.H., Lee J.R. Impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve: serial changes

of serum antiMüllerian hormone levels. *Fertility and Sterility*, 2010, Vol. 94 (1), pp. 343-349.

6. Du J., Lu H., Yu X. Efficacy and safety of platelet-rich plasma for the treatment of thin endometrium: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 2020, No. 99(3), pp. e18848.

7. Eftekhar M., Neghab N., Naghshineh E. Can autologous platelet rich plasma expand endometrial thickness and improve pregnancy rate during frozen-thawed embryo transfer cycle? A randomized clinical trial. *Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018, No. 57(6), pp. 810-813.

8. Gore A.C., Chappell V.A., Fenton S.E. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocrine Reviews*, 2015, Vol. 36 (6), pp. E1-E150.

9. Iwase A., Hirokawa W., Goto M. Serum anti-Müllerian hormone level is a useful marker for evaluating the impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve. *Fertility and Sterility*, 2010, Vol. 94 (7), pp. 2846-2849.

10. Lessey B.A., Young S.L. What exactly is endometrial receptivity? *Fertility and Sterility*, 2019, No. 111, pp. 611-7.

11. Liu K.E., Hartman M., Hartman A. Management of thin endometrium in assisted reproduction: a clinical practice guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society. *Reproduction Biomedicine Online*, 2019, No. 39(1), pp. 49-62.

12. Mahajan N., Sharma S. The endometrium in assisted reproductive technology: how thin is thin? *Journal of Human Reproduction Science*, 2016, No. 9(3), pp. 3-8.

13. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, 2012, Vol. 9(12), pp. 1001356.

14. Sinclair D., Gaither K., Mason T.C. Fertility outcomes following myomectomy in an urban hospital setting. *Journal of the National Medical Association*, 2015, Vol. 97 (10), pp. 1346-8.

ХУЛОСА

М.Ш. Мукарамшоева

АРЗИШИ САМАРАИ БАРНОМАИ ЭКО ДАР ЗАНОНИ ГИРИФТОРИ БЕЗУРЁТӢ ПАС АЗ ҶАРРОҶӢОИ ДАР УЗВӢОИ КОСИ ХУРД

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии самаранокии технологияҳои репродуктивӣ ёрирасон дар занони гирифтори безуриётӣ пас аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои коси хурд.

Маъод ва усулҳои таҳқиқот: маълумоти 90 зане, ки бо сабаби безуриётӣ ба маркази тиббии «Насл» барои солҳои 2017-2020 барои безуриётӣ муроҷиат намудаанд, ки дар марҳилаи аввал дар

муоличаи чарроҳӣ ва бидуни даҳолати чарроҳӣ дар узвҳои коси пиёдагард усулҳои гуногунро аз сар гузаронидаанд, таҳлил карда шуд. дар анамнез.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Муносибати дифференциалӣ дар марҳилаи чарроҳӣ ва маҷмӯи чораҳои барқарорсозии зидди илтиҳобӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ ҳангоми омодагӣ ба барномаи IVF ҳомиладорӣ клиникаро дар 69% ҳолатҳо ва коэффитсиенти маҷмӯи таваллуди зинда (CLBR) - 44,8% таъмин карданд дар гурӯҳи асосӣ.

Хулосаҳо. Паст шудани ҳосилҳеии заноне, ки чарроҳии шикамро бидуни риояи принципҳои

нигоҳдории узвҳо ва чораҳои барқарорсозии зидди илтиҳобӣ гузаронидаанд, васеътар қорӣ намудани даҳолати эндоскопии узвҳои нигоҳдории узвҳои коси хурдро бо маҷмӯи ҳатмии пас аз чарроҳии барқарорсозии духтарони наврас ва занони синни репродуктивӣ асоснок мекунад. то ки мадсулнокии худро нигод дошта бошанд.

Калимаҳои калидӣ: амалиёти узвҳои коси хурд, эндохирургия, барқарорсозӣ, терапияи PRP, технологияҳои репродуктивии ёрирасон, закон, безурётӣ.

УДК 616.146-006

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-60-66

Н.А. Мухсинзода

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский онкологический научный центр»

Кафедра онкологии и лучевой диагностики и лучевой терапии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Мухсинзода Нилуфар Абдукаххоровна – врач-онкогинеколог, отделение репродуктологии, Республиканский онкологический научный центр. E-mail: nilufar.abdugaffarova@mail.ru; Тел.: +992777002235.

Цель исследования. Оценить перспективы внедрения визуального скрининга рака шейки матки в систему здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования послужили оценка качества предоставляемых профилактических услуг по результатам проведенного организованного визуального скрининга пилотного исследования рака шейки матки в двух районах Республики Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Пилотное внедрение организованного визуального скрининга показало высокую эффективность, доступность и финансовую устойчивость. С учетом полученного опыта, основываясь на достигнутых успехах, система здравоохранения Таджикистана продемонстрировала свою готовность внедрять визуальный скрининг рака шейки матки на национальном уровне, определены потребности во внедрении вакцинации против папилломавирусной инфекции.

Выводы. Система здравоохранения Таджикистан предпринимает все усилия и направляет необходимые ресурсы для наращивания потенциала по выявлению, диагностике и лечению предраковых заболеваний с целью профилактики и снижения смертности от рака шейки матки.

Ключевые слова: цервикальная интраэпителиальная неоплазия, организованный визуальный скрининг, визуальный осмотр с уксусной кислотой, визуальный осмотр с раствором Люголя, цитологическое исследование, рак шейки матки.

N.A. Muhsinzoda

PERSPECTIVES OF THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State institution «Republic Cancer Research Center»;

Chair of Oncology and Nuclear Diagnostics and Radiation Therapy, State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan

Mukhsinzoda Nilufar Abdukakhhorovna – oncogynecologist, Department of Reproductology, Republican Cancer Research Center; E-mail: nilufar.abdugaffarova@mail.ru; Tel.: +992777002235.

Aim. To assess the prospects for introducing visual screening for cervical cancer in the healthcare system of the Republic of Tajikistan.

Material and methods. This study is based on an assessment of the quality of preventive services based on the results of an organized visual screening pilot study of cervical cancer in two districts of the Republic of Tajikistan.

Results and discussion. Pilot implementation of organized visual screening has shown high efficiency, availability and financial sustainability. Taking into account the experience gained, based on the successes achieved, the health care system of Tajikistan has demonstrated its readiness to introduce a visual screening of cervical cancer at the national level, and the need for the introduction of vaccination against papillomavirus infection has been identified.

Conclusion. The health system of Tajikistan is making every effort and allocating the necessary resources to build capacity for the detection, diagnosis and treatment of precancerous diseases to prevent and reduce mortality from cervical cancer.

Keywords: cervical intraepithelial neoplasia, organized imaging screening, visual examination with acetic acid, visual examination with Lugol's solution, cytology, cervical cancer.

Введение. Страны, где отсутствует или на недостаточном уровне внедрены программы вакцинации и скрининга отличаются высоким уровнем заболеваемости, низким уровнем первичной выявляемости, превалированием запущенных форм рака шейки матки (РШМ). Все это приводит к высокой смертности от РШМ. Развивающиеся страны ответственны за 85% смертности в отличие от развитых стран, где вакцинация включена в календарный план и налажены скрининговые программы [6, 7].

Онкоэпидемиологический анализ в стране показал [1], что за последние десятилетия РШМ имел устойчивую тенденцию к росту. Ежегодная первичная заболеваемость за период 2010-2020 гг. колебалась в пределах 4,7-8,7 на 100 тысяч женского населения, показатель смертности составлял 59-63% от первичной заболеваемости. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 45-54 года. Около 20% пациентов умирает в течении года после первичного выявления. Следовательно, вышеприведенное свидетельствует о том, что система здравоохранения Республики Таджикистан нуждается в новых подходах и взглядах на организацию скрининга с целью выявления предраковой патологии и РШМ на ранних стадиях заболевания [4].

В Республике Таджикистан в связи с переходным периодом к практике семейной медицине и ограниченными финансовыми ресурсами организованный скрининг РШМ до сих пор не проводился. Выбор оптимального метода, обеспечивающий равный доступ для всех, эффективность и финансовая приемлемость являются основными критериями для выбора оптимального скрининга. Изучение опыта других развивающихся стран, и в соответствии с последними рекомендациями ВОЗ, система здравоохранения пошла по пути применения организованного визуального скрининга среди

целевых групп женщин в отобранных пилотных районах [2].

Цель исследования. Оценить перспективы внедрения визуального скрининга рака шейки матки в системе здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на базе Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» (ГУ РОНЦ) Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан (МЗСЗН).

В 2016 г. МЗиСЗН на основе проведенной оценки ситуации по профилактике РШМ [2], одобрило алгоритм проведения организованного визуального скрининга среди женщин целевых групп (возраст 30-59 лет) в двух пилотных районах. Пилотные районы были отобраны на основе численности и плотности населения, высокой частоты заболеваемости и смертности женщин от РШМ. В результате в качестве пилотных районов были отобраны район Кушониён Хатлонской области (1-я группа) и район Б. Гафуров Согдийской области (2-я группа), население которых составляет 6,3% от численности населения республики.

Согласно официальным демографическим данным [2, 5] в целевые группы обоих районов были включены 72574 женщины, из которых после проведения коммуникационно-информационных компаний в скрининге приняли участие 68391 женщины, общий охват скринингом составил 94,2%.

Выполнение визуального скрининга РШМ было возложено на учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): 150 учреждений ПМСП обоих пилотных районов из которых 54 районных и сельских центров здоровья и 96 домов здоровья обеспечили нужный доступ и условия для выполнения визуального теста. Тесты были

выполнены обученными 80 врачами и 490 медицинскими сестрами семейной практики.

Методика визуального скрининга заключается в визуальном осмотре влагалища и шейки невооруженным глазом при помощи зеркал и окраски с применением свежеприготовленного 3% раствора уксусной кислоты (VIA) или 3% водного раствора Люголя (VILI, тест Шиллера).

Полученные данные исследования были обработаны с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Анализ двух сравниваемых групп проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок с использованием точного критерия Фишера χ^2 . Критический уровень статистической значимости был принят $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного скрининга были получены 2958 (4,3%) положительных и сомнительных тестов ($p < 0,001$). Эти женщины были направлены в районные центры репродуктивного здоровья для углубленной диагностики: расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков, биопсию шейки матки и цервикального канала с морфологическим исследованием.

Из 2958 женщин прошедших кольпоскопию у 164 (5,5%) была обнаружена предраковая патология, в 20 (0,7%) случаях выявлен РШМ, в 619 случаях (23,4%) выявлены фоновые и доброкачественные заболевания шейки матки. Среди больных с CIN поражением легкой степени LSIL были выявлены в 99 (60,4%) случаях (70 у женщин района Б. Гафуров и 29 пациенток района Кушониён), поражение тяжелой степени HSIL – в

65 (39,6%) случаях (у 59 женщин р-на Б. Гафуров и 6 женщин р-на Кушониён).

Показатель заболеваемости предраковой патологией среди женщин района Кушониён составил 30,6 на 100 жен. населения, в районе Б. Гафуров – 71,2, совокупный показатель по обоим районам – 55,6. Этот показатель превышает показатель выявляемости РШМ в районе Кушониён в 7 раз, в районе Б. Гафуров в 8,6, по обоим районам в 8,2 раз, что указывает на прогностическую значимость скрининга РШМ.

Результаты показали, что возраст поражений CIN начинается с 20-24 лет, пик частоты поражений приходится на возраст 35-44 лет, держится приблизительно на том же уровне среди возрастной группы 45-54 лет и далее идет к спаду.

В районе Б. Гафуров у 15 женщин (0,04%) морфологически был верифицирован РШМ, из них 9 (60%) случаев были обнаружены в I-II стадии, остальные 6 женщин (40%) были выявлены в запущенных стадиях заболевания (5 случаев – в III стадии и 1 случай – в IV стадии).

Сравнение статистических показателей по обращаемости с результатом скрининга показал, что в Согдийской области в районе Б. Гафурова темп прироста по району составил +63,2%, по области +19,7% против +4,0% в 2016 году и +16,1% в 2015 году. Регистрация новых случаев в обоих пилотных районах выросла практически в 2 раза по сравнению с годами, когда скрининг не проводился. Полученные результаты показывают, что скрининг позволяет не только выявить предраковые состояния, но и улучшить показатели выявляемости случаев РШМ.

Таблица 1

Результаты лечения предраковой патологии

№	Группы	1-я группа	2-я группа	Всего	P
		район Кушониён	район Б. Гафуров		
I.	Предраковая патология (CIN)				
1.	Петлевая эксцизия	28 (80,0%)	108 (83,7%)	136	>0,05
2.	Петлевая конизация	6 (17,1%)	15 (11,6%)	21	>0,05
3.	Экстирпация матки	1 (2,9%)	6 (4,7%)	7	>0,05*
	ВСЕГО	35	129	164	
2.	Кол. рецидивов	1 (2,9%)	4 (3,1%)	5 (3,0%)	>0,05*
	LSIL (CIN I)	0/29	2/70 (2,9%)	2/99 (2,0%)	>0,05*
	HSIL (CIN II, III и рак in situ)	1/6 (1,7%)	2/52 (3,8%)	3/58 (5,2%)	>0,05*
3.	Перерождение в РШМ	0	0	0	
II.	РШМ (20 случаев)	Направлены в онкологические учреждения			

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

С целью проведения лечебно-диагностических манипуляций у пациенток с выявленными аномальными кольпоскопическими картинками был использован аппарат ВЧЭХ ФОТЕК E81M (пр-во РФ).

После получения гистологического подтверждения в зависимости от тяжести CIN и возраста женщин были выполнены 3 вида лечебных мероприятий: петлевая электрохирургическая эксцизия – в 136 случаях (82,4%), электрохирургическая петлевая конизация – в 21-м случае (12,8%) и в 7 случаях (4,8%) при CIN тяжелой степени у женщин с сопутствующей патологией тела матки была выполнена гистерэктомия (табл. 1).

При повторных обследованиях путем проведения визуального теста с интервалом от 6 мес. до 4-х лет наблюдения рецидивы были обнаружены в 5 случаях (3%). Рецидивы были выявлены среди больных 1-й (район Кушониён - 1 случай (2,9%)) и 2-й группы (район Б. Гафуров - 4 случая (3,1%)). Рецидивы в зависимости от тяжести CIN: LSIL (CIN I) – 1 случай (2%), HSIL (CIN II, III, рак *in situ*) – 4 случая (5,2%). Рецидивы были выявлены в первые 2 года наблюдения и всем пациентам было выполнено повторное электрохирургическое петлевое иссечение (4 случая) и конизация (1 случай). Динамическое наблюдение за этими пациентами не выявило рецидивов заболевания по настоящее время.

Нами была прослежена судьба 20 больных с верифицированным диагнозом РШМ, которые были направлены в РОНЦ. Больным с I стадией заболевания (4 случая) проведена расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму с последующей сочетанной лучевой терапией. Больные со II стадией заболевания (6 случаев), согласно принятым протоколам диагностики и лечения, подверглись комбинированным методам лечения, включая неоадьювантную полихимиотерапию, с последующей операцией в объеме расширенной экстирпации матки с придатками по Вертгейму и послеоперационной сочетанной лучевой терапии. Больные с III стадией РШМ (8 случаев) получили сочетанную лучевую терапию (включающую дистанционную и внутриматочную) с радиомодификацией с препаратом цисплатин. Больные с IV стадией (2 случая) получили паллиативную помощь. По морфологической структуре у 14 (70%) больных установлена плоскоклеточная неороговевающая карцинома G2; у 6 (30%) – плоскоклеточная карцинома с ороговением. В процессе динамического диспансерного наблюдения за больными

в онкологических учреждениях установлено, что умерли 6 (30%) больных, остальные находятся под наблюдением: пациенты без метастазов и рецидивов – 10 (50%) женщин, 4 (20%) случая – с признаками продолженного роста.

Таким образом, проведение организованного визуального скрининга РШМ в двух пилотных районах республики показали высокие показатели выявляемости предраковой патологии и РШМ. Это позволило своевременно выполнить излечение от предраковой патологии с высокими показателями успешного лечения, своевременно направить выявленных больных с РШМ на стационарное комбинированное лечение. Полученные показатели стали основой для рекомендации расширения организованного визуального скрининга РШМ на национальный уровень.

На протяжении последних десятилетий развитые страны прошли путь через цитологический скрининг к жидкостной цитологии и применения вирусологического скрининга как наиболее эффективного, но пока еще дорогостоящего метода [6]. Проведение и совершенствование скрининга предраковых заболеваний шейки матки в развитых странах проходило на фоне принятия обязательной вакцинации против ПВИ среди подростков, главным образом девочек до вступления в брак [7]. Достигнутые успехи были закреплены в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения по Глобальной стратегии по ускорению элиминации рака шейки матки от 17 ноября 2020 года. В рамках стратегии 194 страны впервые взяли на себя обязательство добиваться ликвидации какого-либо онкологического заболевания для достижения глобальных целевых ориентиров на 2020-2030 гг. [6]. Для достижения указанной стратегии были приняты целевые показатели «90-70-90» в рамках которых: 90% девочек подростков к 15-ти летнему возрасту должны пройти полный курс вакцинации против ПВИ; 70% женщин прошли профилактическое обследование с использованием высокоточного теста в возрасте 35 и 45 лет; 90% женщин, у которых обнаружена патология шейки матки (РШМ), получают необходимое лечение и паллиативную помощь. РШМ перестанет рассматриваться как проблема общественного здравоохранения, когда показатель заболеваемости составит менее 4 случаев на 100 000 женщин.

Американское онкологическое общество (ACS) в своем последнем клиническом руководстве [13], опубликованном в 2020 г. внесла очередные изменения в своей скрининговой программе. Новое

руководство рекомендует в качестве основного диагностического метода - проведение вирусологического теста и расширяет возрастной диапазон до 25-65 лет. Согласно этому руководству, положительные вирусологические тесты направляются на кольпоскопию для последующей диагностики и лечения. Женщины в возрасте 65 лет и выше у которых за последние 10 лет не был зарегистрирован положительный вирусологический тест выпадают из скрининговой программы. Цитологические тесты рекомендованы для женщин, у которых ограничен доступ к вирусологическому тестированию.

Использование вирусологического тестирования в качестве основного скринингового инструмента с последующей сортировкой (triage) путем выполнения визуального теста опубликованы для стран с ограниченными ресурсами [9, 10]. Так в статье Dufei E и др. (2022) приведено исследование о выявлении 26 случаев CIN2+ из 1081 женщин, прошедших вирусологический тест (2,4%) в сравнении обычного визуального теста (VIA/VILI) и визуального теста, дополненного цифровым изображением (Digital VIA/VILI). Исследование показало высокую диагностическую чувствительность при комбинированном использовании обычного визуального осмотра, дополненного изучением снимка, полученного от смартфона. Первичный вирусологический скрининг с последующей диагностикой с использованием кольпоскопии с визуальным тестом или цитологии в качестве подтверждающего поддержан ВОЗ в развивающихся африканских странах, о чем имеются сообщения о пилотных ограниченных исследованиях, которые сообщают о низкой чувствительности и специфичности тестов, которые далее подтверждаются морфологически биоптата или материала после кюретажа подозрительного участка шейки матки. В отдельных развивающихся странах используются цифровые изображения, снятые во время выполнения визуального теста как альтернатива кольпоскопии. Однако, все авторы указывают на низкие показатели чувствительности тестов, выполненных в отдельности [9, 10] за исключением вирусологического теста, который имеет высокую чувствительность.

В связи с высокой чувствительностью вирусологического скрининга авторы рекомендуют его в качестве основного скринингового инструмента для стран с ограниченными ресурсами с самозбором материала [14]. Для повышения точности и качества диагностики все положительные тесты направляются для кольпоскопии для визуального

и/или цитологического ко-теста для применения лечения на месте в рамках стратегии “выявления-лечения”. Применение визуального осмотра положительных на вирусологический тест случаев значительно сокращает частоту излишних лечебных процедур.

Стратегия визуального скрининга по мере накопления доказательной базы в течении последнего десятилетия становится инновационной и одобрена ВОЗ для стран с ограниченными ресурсами [12]. Цитологический скрининг является более дорогостоящей моделью, которые в условиях трудного доступа населения может привести к необоснованным расходам на транспортировку, недостаток квалифицированного штата и долгих сроков ожидания.

Настоящее исследование в отличие от вышеприведенных подходов предлагает более практичный подход к проблеме путем организованного визуального скрининга среди населения путем применения визуального теста. Наши исследования показали, что эта методика позволяет значительно расширить доступ населения. Полученные данные показали, что выявляемость среди бессимптомного населения составляет 0,24% (164/68391). Это было достигнуто путем применения в качестве триажа комплекса пост-скрининговых тестов с применением расширенной кольпоскопии, цитологии, лечения на месте и отправки полученного материала для гистологического подтверждения.

В перспективе сектор здравоохранения Таджикистана планирует внедрить вирусологический скрининг среди ВИЧ-инфицированных больных, изучить опыт вирусологического тестирования среди женщин, которые обращаются в плановом порядке для обследования и диагностики в гинекологические и онкологические учреждения, наладить триаж (отбор) среди женщин, впервые подвергшиеся вирусологическому тестированию на папилломавирусную инфекцию (ПВИ), внедрить визуальный скрининг и лечение предраковой патологии шейки матки на национальном уровне, организации вакцинации против ПВИ и др. меры. Все дальнейшие перспективы основаны на публикациях последних лет и отражают вышеприведенную тематику для организации дальнейших профилактических мероприятий, направленных на снижение бремени от РШМ [3, 8, 11].

Заключение. Первичная (вакцинация) и вторичная (скрининг) профилактика рака шейки матки в Республике Таджикистан находятся на стадии активного внедрения. Система здравоохранения

достигла достаточного опыта в выявлении предраковой патологии. Полученный опыт основан на системе активного выявления путем организованного визуального скрининга в двух крупных пилотных районах, что позволило наладить качественное проведение визуального теста во многих городских и районных центрах здоровья, где налажена система первичного выявления и направления на специализированный уровень для диагностики, диспансерного наблюдения и лечения предраковой патологии.

В дальнейшей перспективе система здравоохранения предпринимает все усилия и направляет необходимые ресурсы для наращивания потенциала по выявлению, диагностике и лечению предраковых заболеваний с целью профилактики и снижения смертности от рака шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-14 см. REFERENCES)

1. Абдугаффарова Н.А. Состояние заболеваемости раком шейки матки в Республике Таджикистан / Н.А. Абдугаффарова // Опухоли репродуктивной системы. Москва. - 2022. - №18(2). - С.70-77.
2. Абдугаффарова Н.А. Роль цитоморфологических исследований в скрининге рака шейки матки в Республике Таджикистан / Н.А. Абдугаффарова // Вопросы онкологии. Москва. - 2022. - №68(2). - С.232-238.
3. Адамьян Л.В. Онкопрофилактика в гинекологии с учётом анализа международного опыта. Проблемы и пути решения / Л.В. Адамьян, А.А. Олина, И.Э. Григорян, А.В. Асатурова // Проблемы репродукции. - 2021. - №27(6). - С.70-80.
4. Жылкайдарова А. Отчет Миссии по оценке реализации проекта по профилактике рака шейки матки в Таджикистане / А. Жылкайдарова. Душанбе. - 2018. - 20 с.
5. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2018 г.: Государственное учреждение «Республиканский центр статистики и медицинской информации». Душанбе. - 2021. - 367 с.
6. Комплексная борьба с раком шейки матки. Руководство по основам практики [электронный ресурс]. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/383452/c4gep-rus.pdf
7. Мирзоев А.С. Эпидемиологические аспекты влияния вакцины вируса папилломы человека в профилактике рака шейки матки в глобальном масштабе и рекомендации по её внедрению в Таджикистане / А.С. Мирзоев, А.Б. Назурдинов, Р.А. Турсунов, З.А. Азизов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2019. - Т18, №3. - С.139-147.
8. Ткаченко Л.В. Современный подход к тактике ведения пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией лёгкой степени / Л.В. Ткаченко, Н.И. Свири-

дова, Т.И. Костенко, И.А. Гриценко, С.Г. Шишиморова // Гинекология. - 2020. - №22 (6). - С.56-61.

REFERENCES

1. Abdugaffarova N.A. Sostoyanie zaboлеваemosti rakom sheyki matki v Respublike Tadjikistan [State of cervical cancer morbidity in the Republic of Tajikistan]. *Opukholi reproduktivnoy sistemy - Tumors of the reproductive system*, 2022, No. 18 (2), pp. 70-77.
2. Abdugaffarova N.A. Rol tsitomorfologicheskikh issledovaniy v skrininge raka sheyki matki v Respublike Tadjikistan [The Role of Cytomorphological Research in Cervical Cancer Screening in Tajikistan]. *Voprosy onkologii - Issues of oncology*, 2022, No. 68 (2), pp. 232-238.
3. Adamyan L.V. Onkoprofilaktika v ginekologii s uchytom analiza mezhdunarodnogo opyta. Problemy i puti resheniya [Oncoprophylaxis in gynecology with an analysis of international experience. Problems and solutions]. *Problemy reproduksii - Problems of reproduction*, 2021, No. 27 (6), pp. 70-80.
4. Zhylkaydarova A. Otchet Missii po otsenke realizatsii proekta po profilaktike raka sheyki matki v Tadjikistane [Cervical Cancer Prevention Project Implementation Assessment Mission Report in Tajikistan]. Dushanbe, 2018. 20 p.
5. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdравookhraneniya v 2018 g.: Gosudarstvennoe uchrezhdenie «Respublikanskiy tsentr statistiki i meditsinskoy informatsii» [Population health and activities of health care institutions in 2018: State Institution "Republican Center for Statistics and Medical Information"]. Dushanbe, 2021. 367 p.
6. Kompleksnaya borba s rakom sheyki matki. Rukovodstvo po osnovam praktiki [Comprehensive cervical cancer control. A guide to the basics of practice]. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/383452/c4gep-rus.pdf
7. Mirzoev A.S. Epidemiologicheskie aspekty vliyaniya vaksiny virusa papillomy cheloveka v profilaktike raka sheyki matki v globalnom masshtabe i rekomendatsii po eyo vnedreniyu v Tadjikistane [Epidemiological Aspects of the Impact of the Human Papillomavirus Vaccine in Cervical Cancer Prevention Globally and Recommendations for its Implementation in Tajikistan]. *Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii - Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*, 2019, Vol. 18, No. 3, pp. 139-147.
8. Tkachenko L.V. Sovremennyy podkhod k taktike vedeniya patsientok s tservikalnoy intraepitelialnoy neoplaziey lyogkoy stepeni [Current approach to management of patients with mild cervical intraepithelial neoplasia]. *Ginekologiya - Gynecology*, 2020, No. 22 (6), pp. 56-61.
9. Asgary R., Cole H., Adongo P., Nwameme A. Acceptability and implementation challenges of smartphone-based training of community health nurses for visual inspection with acetic acid in Ghana: mHealth

and cervical cancer screening. *British Medical Journal*, 2019, Vol. 9 (7), pp. e030528.

10. Bigoni J., Gundar M., Tebeu P.M. Cervical cancer screening in sub-Saharan Africa: A randomized trial of VIA versus cytology for triage of HPV versus cytology for triage of HPV-positive women. *International Journal of Cancer*, 2015, Vol. 137, pp. 127-134.

11. Bradbury M., Centeno C., Gil-Moreno A. Clinical challenges in managing cervical intraepithelial neoplasia 2: a report from a cross-sectional survey. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 2021, Vol. 25 (2), pp. 119-125.

12. Cervical cancer screening in low-resource settings. Committee Opinion №624. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and Gynecology*, 2015, Vol. 125, pp. 526-528.

13. Fontham E.T.H., Wolf A.M.D., Church T.R. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society. *Cancer Journal for Clinicians*, 2020, Vol. 70, pp. 321-346.

14. Kunckler M., Schumacher F., Kenfack B. Cervical cancer screening in a low-resource setting: a pilot study on an HPV-based screen-and-treat approach. *Cancer Medicine*, 2017, Vol. 6 (7), pp. 1752-1761.

ХУЛОСА

Н.А. Мухсинзода

ДУРНАМОИ ПЕШГИРИИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЧУМХУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии дурнамои ҷорӣ намудани скрининги визуалии саратони гарданаки бачадон дар системаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳо. Объекти тадқиқот арзёбии сифати хизматрасонии пешгирикунанда дар асоси натиҷаҳои скрининги муташаккили визуалии саратони гарданаки бачадон дар ду ноҳияи Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Натиҷаҳо. Татбиқи озмоишии муоинаи визуалии муташаккил дар ду ноҳияи таҷрибавии кишвар самаранокии зиёд, дастрасӣ ва устувории молиявиро нишон дод. Бо дарназардошти таҷрибаи андӯхта, дар асоси комёбиҳои бадастомада, системаи тандурустии Тоҷикистон омодагии ҳудро барои ҷорӣ намудани скрининги визуалии саратони гарданаки бачадонро дар сатҳи миллии нишон дода, эҳтиёҷоти ҷорӣ намудани ваксина алайҳи сирояти папилломавирусӣ муайян карда шуд.

Хулоса. Соҳаи тандурустии Тоҷикистон тамоми кӯшишҳоро ба ҳарч дода, захираҳои заруриро барои эҳёи иқтидор, ошкор, таъхир ва табobati бемориҳои пеш аз саратонӣ ҷиҳати пешгирӣ ва коҳиши фавт аз саратони гарданаки бачадон рағбона мекунад.

Калимаҳои калидӣ: неоплазияи интраэпителиалии гарданаки бачадон, скрининги муташаккил, таъсири кислотаи сиркоӣ, таъсири маҳлули Люголь, ситология, саратони гарданаки бачадон.

УДК: 616.98; 615. 281.8

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-66-72

Дж.Э. Раҳмонов

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/ГЕПАТИТ С

Кафедра инфекционных болезней, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Раҳмонов Джамшед Эркинович - соискателъ кафедры инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992919643312; E-mail: jamshed83@mail.ru

Цель исследования. Изучить некоторые клинико-эпидемиологические аспекты коинфекции ВИЧ/гепатит С в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные клинико-эпидемиологического и вирусологического обследования 70 больных коинфекцией ВИЧ/гепатит С. У всех наблюдаемых больных диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных, а также подтвержден методом экспресс-тестирования, ИФА, ПЦР.

Результаты исследования и их обсуждение. Заболевание у больных коинфекцией ВИЧ/гепатит С клинически протекает со слабостью и общим недомоганием (92,8%), снижением аппетита (67,1%), тяжестью в области печени (45%), изжогой (25%), горечью во рту (19%), тошнотой и анорексией (32,8%), кровоточиво-

стью из десен (13%), желтушностью склер (11,4%), снижением массы тела (41,4%), гепатомегалией (83%). Оппортунистическая патология представлена кандидозом (32,8%), герпетической инфекцией (22,8%), ЦМВ (7,1%), пневмоцистной пневмонией (4,2%), саркомой Капоши (4,2%), токсоплазмозом головного мозга (1,4%). Чаще заражению подвержены лица, практикующие внутривенное введение наркотиков, а также их сексуальные партнеры. Установлено, что среди коинфицированных пациентов, преобладают лица мужского пола в возрасте до 45 лет. Что касается вторичных и оппортунистических инфекций, то они связаны со снижением иммунного статуса в лице CD4⁺ - лимфоцитов у больных коинфекцией.

Заключение. Проведенные исследования позволяют выявить категорию людей, наиболее подверженных риску инфицирования ВИЧ и гепатитом С, что необходимо учитывать при скрининговом обследовании населения. Ранняя диагностика коинфекции ВИЧ/гепатит С будет способствовать снижению количества осложнений и уровня смертности у данной категории пациентов.

Ключевые слова: коинфекция, ВИЧ, гепатит С, клиника, эпидемиология.

J.E. Rakhmonov

SOME CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF HIV/HEPATITIS C COINFECTION

Department of Infectious Diseases, State Educational Institution Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Rakhmonov Jamshed Erkinovich - applicant for the Department of Infectious Diseases of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; Tel.: +992919643312; E-mail: jamshed83@mail.ru

Aim. To study some clinical and epidemiological aspects of HIV/hepatitis C coinfection in the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The material for the study was the data from clinical, epidemiological and virological examinations of 70 patients with HIV/hepatitis C coinfection. In all observed patients, the diagnosis was confirmed based on clinical and epidemiological data and confirmed by rapid testing, ELISA, and PCR.

Results discussion. The disease in patients with HIV/hepatitis C coinfection clinically proceeds with weakness and general malaise (92.8%), loss of appetite (67.1%), heaviness in the liver (45%), heartburn (25%), bitterness in the mouth (19%), nausea and anorexia (32.8%), bleeding from the gums (13%), yellowness of the sclera (11.4%), weight loss (41.4%), hepatomegaly (83%). Opportunistic pathology is represented by candidiasis (32.8%), herpes infection (22.8%), CMV (7.1%), pneumocystis pneumonia (4.2%), Kaposi's sarcoma (4.2%), cerebral toxoplasmosis (1.4%). People who practice intravenous drug administration, as well as their sexual partners, are more likely to be infected. It has been established that males under the age of 45 predominate among coinfecting patients. As for secondary and opportunistic infections, they are associated with a decrease in the immune status in the face of CD4⁺ - lymphocytes in patients with coinfection.

Conclusion. The studies carried out make it possible to identify the category of people most at risk of infection with HIV and hepatitis C, which must be taken into account when screening the population. Early diagnosis of HIV/hepatitis C coinfection will help reduce the number of complications and mortality in this category of patients.

Keywords: Coinfection, HIV, hepatitis C, clinic, epidemiology.

Актуальность. В последние годы одной из актуальных проблем мирового здравоохранения является подъем заболеваемости гемоконтактными вирусными инфекциями (ВИЧ, гепатит С (ВГС) и В). При этом доминирующим фактором, осложняющим эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции и гемоконтактным инфекциям, является вовлечение в эпидемиологический процесс молодого трудоспособного населения. Общемировая распространенность вирусного гепатита С составляет более 3% или около 200 миллионов человек. Кроме того, ежегодно отмечается рост числа случаев смерти от заболеваний, связанных с ВГС. По расчетам исследования глобального

бремени болезней, число случаев смерти от гепатита С в 1990 г. составляла 333000, а в 2013 г. - 704000 [1, 3, 5].

По данным научной литературы общая численность лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГС в мире составляет 4 млн., но эти данные не подтверждены систематическим обзором. Сочетанная инфекция ВИЧ и вируса гепатита С встречается часто в силу единого механизма и путей передачи, т.е. с кровью, при половом контакте и перинатальным путём. Однако, особенности инфицирования в зависимости от путей передачи очень сильно различаются. Распространенность ВГС-инфекции среди ВИЧ-инфицированных лиц в Европейском регионе ВОЗ

очень велика и составляет, в среднем 40%, а что касается городов этого региона, то она достигает 50-90%. Выявляемость антител к ВГС сильно колеблется в разных группах риска передачи ВИЧ: среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) она составляет 7-8%, среди больных гемофилией — 60-70%, а среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), относящихся к группе наибольшего риска, — 80-90% [2, 4, 8, 9, 12]. В популяции ПИН ВГС передается очень легко, что осложняет профилактику заражения.

Течение сочетанной инфекции ВИЧ/ВГС зависит от выраженности иммуносупрессии, обусловленной ВИЧ-инфекцией, на фоне которой наблюдается прогрессирование активности гепатита С, поэтому вероятность развития тяжелого поражения печени особенно высока, если число лимфоцитов $CD4^+$ <200 коп./мкл [10]. В эпоху комбинированной антиретровирусной терапия (АРТ) в странах с высоким уровнем дохода поражение печени, связанное с ВГС, стало ведущей причиной смерти среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией [7, 11, 12], составляя, по данным авторов, приблизительно 47% смертельных исходов. У пациентов с коинфекцией часто наблюдаются сопутствующие патологические процессы, усугубляющие поражение печени (лекарственный гепатит, гепатит В, жировая дистрофия печени, злоупотребление алкоголем и/или употребление наркотиков), что может увеличить частоту осложнений заболеваний печени, связанных с ВГС-инфекцией.

Цель исследования. Изучить некоторые клинико-эпидемиологические аспекты коинфекции ВИЧ/гепатит С в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные клинико-эпидемиологического и вирусологического обследования 70 больных коинфекцией ВИЧ и гепатит С. Сбор материала был осуществлен на базе городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе. У всех наблюдаемых больных диагноз ВИЧ-инфекция, гепатит С был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных, а также экспресс-тестированием, ИФА, ПЦР.

Полученные данные исследования были обработаны с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0»

Результаты исследования и их обсуждение. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан на 100 тыс. населения в 2020 году следующая: в Душанбе - 52,7 случаев, в ГБАО

- 16,5, в Согдийской области - 8,5, в районах республиканского подчинения - 13,5 и в Хатлонской области - 11,0. Распространённость случаев ВИЧ-инфекции по республике составила 14,8 случаев на 100 тыс. населения и свидетельствует о том, что эпидпроцесс в различных административных территориях страны находится на различных стадиях.

В Республике Таджикистан эпидемический процесс поддерживается лицами, наиболее подверженными риску инфицирования и другими уязвимыми группами, которые оказывают значительное влияние на динамику развития эпидемии ВИЧ-инфекции. К ключевым группам относятся люди, употребляющие инъекционные наркотики, секс-работники, лица, находящиеся в пенитенциарных и закрытых учреждениях, мужчины, имеющие секс с мужчинами, а также трудовые мигранты, которые недостаточно охвачены медицинским обслуживанием.

В стране отмечается рост заболеваемости вирусными гепатитами (ВГ) за последние 10 лет. Так, в 2005 году она составила 80,6 на 100 тыс. населения, а в 2019 – 84,1 случая. По данным статистики в Таджикистане заболеваемость ВГС продолжает оставаться на высоком уровне. Данные серологических исследований, проведенных в республике, выявили, что больные ВГС составляют от 4,1 до 7,8%. По территории распространения больше больных регистрируется в Хатлонской области от 6% до 8%, в Согдийской области – 5% и в городе Душанбе до 4%.

За последние годы участились случаи среди госпитализированных в Городскую клиническую инфекционную больницу больных, у которых при обследовании наряду с ВИЧ-инфекцией обнаруживались вирусы гепатита С, т.е. коинфекция ВИЧ/гепатит С. Мы связываем это с расширенным охватом населения в плане диагностики вирусного гепатита С такими методами, как экспресс-тест, ИФА, а также ПЦР при обращении за медицинской помощью, где обследование на гемоконтактные инфекции является обязательным условием. Это послужило поводом для изучения особенности эпидемиологии и клинической картины данной группы пациентов.

С этой целью мы провели исследование 70 больных коинфекцией ВИЧ/ВГС. Анализ полученных данных показал, что в данной группе больных преобладали лица в возрасте 31-40 лет – 25 (35,7%) человек, 41-50 лет – 15 (21,5%), меньше было лиц от 18 до 20 лет – 2 (2,8%), от 21 до 30 лет – 15 (21,5%) и лица старше 61 года – 2 (2,8%).

Удельный вес городских жителей в структуре заболевших был больше, чем сельских, соответственно 97,1% и 2,9%.

По данным эпидемиологического анамнеза, заражение гепатитом С у ВИЧ-инфицированных чаще происходило при употреблении внутривенных наркотиков в 62,8% случаев и у лиц эксзаклоченных (28,7%), реже отмечено при половых связях (5,7%), а также при различных медицинских вмешательствах (2,8%).

Рассматривая состав больных по полу, необходимо отметить, что в целом среди всех случаев коинфекций преобладали мужчины, доля которых составила 65,8%. Необходимо подчеркнуть, что соотношение заболевших мужчин и женщин с каждым годом меняется в сторону увеличения количества инфицированных женщин. Увеличение числа ВИЧ-инфицированных женщин повышает активность эпидемического процесса на территориях и влечет за собой вероятность появления ВИЧ-инфицированных детей, рожденных от заражённых матерей.

По данным нашего исследования коинфекцией болели преимущественно безработные и эксзаклоченные - 74,2%. Полученные данные по социальному составу позволяет сделать вывод, что основным контингентом больных являются неработающие лица, из них подавляющее большинство составляют потребители наркотических препаратов. При анализе путей заражения ВИЧ-инфекцией у 54 (45,0%) исследуемых в качестве основного пути передачи установлен половой путь. Из них 23 (19,2%) – мужчины, инфицированные во время случайных незащищенных половых контактов, 31 (25,8%) – женщины, заразившиеся от супругов, в прошлом пребывавших в трудовой миграции на территории Российской Федерации или являвшиеся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Парентеральный путь заражения выявлен у 66 (55,0%) пациентов, среди которых 62 (51,7%) представителя мужского пола, женщин было всего 4 (3,3%). Согласно проведенным нами исследованиям, у коинфицированных пациентов передачи HCV-инфекции половым путем при ассоциировании с ВИЧ-инфекцией значительно выше в сравнении с моноинфекцией.

Результатом наблюдения за больными коинфекцией ВИЧ/HCV явилось то, что в данной группе пациентов, на первый план выходили такие клинические проявления как слабость и общее недомогание (92,8%), снижение аппетита (67,1%), тяжесть в области печени (45%), изжога

(25%), горечь во рту (19%), тошнота и анорексия (32,8%), кровоточивость из десен (13%), желтушность склер (11,4%), снижение массы тела (41,4%), гепатомегалия (83%) и уплотнение края печени; увеличение селезенки и вторичные печеночные знаки имели место в 38,5% и 8% случаев соответственно. Диагностированные в процессе медицинского обследования основные клинические проявления у больных коинфекцией ВИЧ/гепатит С и некоторых ВИЧ-ассоциированных заболеваний приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Клинические проявления и
оппортунистические заболевания у больных
коинфекцией ВИЧ/гепатит С (n = 70)**

Симптомы и синдромы	Абс. число	%
Лихорадка	11	15,7
Диарея	25	35,8
Плохой аппетит	47	67,1
Снижение массы тела	29	41,4
Миалгии и артралгии	7	10
Периферическая нейропатия	13	18,5
Хронический бронхит	17	24,2
Слабость, общее недомогание	65	92,8
Тошнота, анорексия	23	32,8
Желтушность склер	8	11,4
Спленомегалия	27	38,5
Печёночные ладони и сосудистые звёздочки	6	8,5
Зуд кожи	6	8,5
Кровоточивость слизистых оболочек	2	2,8
Туберкулёз легких	3	4,2
ЦМВ	5	7,1
Герпетическая инфекция	16	22,8
Кандидоз	23	32,8
Пневмоцистная пневмония	3	4,2
Токсоплазмоз головного мозга	1	1,4
Саркома Капоши	3	4,2

Примечание: % - от общего количество больных

Как оказалось, что основная часть оппортунистической патологии представлена кандидозом (32,8%), герпетической инфекцией (22,8%), ЦМВ (7,1%), пневмоцистной пневмонией (4,2%), саркомой Капоши (4,2%), токсоплазмозом головного мозга (1,4%). У 3 больных имел место диссеминированный туберкулёз лёгких. Перечисленные

оппортунистические инфекции спровоцированы как снижение иммунологической системы у больных коинфекцией, так и конкретными социально-бытовыми условиями жизни данных пациентов.

Выявленные изменения клинических проявлений и оппортунистических заболеваний нашли своё отражение в снижении показателей иммунного статуса 35 больных с ВИЧ-инфекцией (табл. 2)

Таблица 2

Показатели общего и процентного содержания CD₄⁺ лимфоцитов и вирусной нагрузки у больных ВИЧ - инфекцией (n = 35), M±m.

Количество больных	Количество CD ₄ ⁺	% содержание CD ₄ ⁺	Вирусная нагрузка РНК ВИЧ/мл
21	>500 мкл ⁻¹	57,1	25284±5321
5	200-500 мкл ⁻¹	14,3	253475±39329
9	<200 мкл ⁻¹	28,6	801555±175334

Примечание: % - от общего количество больных

Как видно из таблицы, при сопоставлении показателей общего и процентного содержания CD₄⁺-лимфоцитов и вирусной нагрузки, у больных ВИЧ инфекцией, оказалось, что наиболее высокая нагрузка РНК ВИЧ (801555±175334) отмечалась у 9 (25,7%) обследуемых, у которых количество CD₄⁺ было <200 мкл⁻¹. Самая низкая нагрузка РНК ВИЧ (25284±5321) отмечалась у 21 (74,3%) обследуемых, у которых количество CD₄⁺ было >500 мкл⁻¹.

Одним из наиболее надежных критериев прогрессирования ВИЧ-инфекции до СПИДа, является количество CD₄⁺-лимфоцитов. Известно, что ВГС-инфекция является неблагоприятным фактором для ВИЧ-инфицированных пациентов, ускоряя снижение уровня CD₄⁺ клеток. Полученные нами результаты исследования по определению уровня CD₄⁺-лимфоцитов у больных ВИЧ/ВГС составил 331,4 кл.л, а вирусная нагрузка была 335,8 кл.л, что указывает на снижение иммунного ответа у данной категории больных. Это в свою очередь может способствовать более быстрому прогрессированию гепатита С и переходу в цирроз печени, повышая риск частоты летальных исходов.

Изученные показатели иммунной системы у 9 пациентов с ВИЧ-инфекцией, показали выраженную степень иммуносупрессии, т.е. CD₄⁺-

лимфоцитов было меньше 200 мкл. Высокая вирусная нагрузка (количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазме крови) – более 800000 коп./мл была у 28,6% исследуемых. Нужно отметить, что клинические проявления у данной категории ВИЧ-инфицированных пациентов соответствовали стадиям заболевания и коррелировали с выраженностью иммунологических нарушений, что подтверждено исследованиями других авторов.

Закключение. Таким образом, изучение путей передачи ВИЧ/гепатита С позволило выделить основные факторы риска, к которым относятся лица, практикующие внутривенное введение наркотиков, а также сексуальный контакт с инфицированным партнером. Установлено, что среди коинфицированных преобладают лица мужского пола. В возрастном аспекте чаще наибольший процент инфицированных составляют лица молодого трудоспособного возраста до 45 лет. Что касается вторичных и оппортунистических инфекций, то они связаны со снижением иммунного статуса в лице CD₄⁺-лимфоцитов у больных коинфекцией. Учитывая вышеперечисленное, мы рекомендуем обязательное обследование на ВИЧ и другие гемоконтактные инфекции наиболее уязвимые слои населения с последующим изучением у ВИЧ-позитивных пациентов иммунного статуса с целью своевременного назначения антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азовцева О.В. Клинико-генотипическая характеристика коинфекции вирусного гепатита С и ВИЧ. / О.В. Азовцева, Е.И. Архипова, Г.С. Архипов // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. – 2010. – С. 37-42.
2. Бадосова Н.В. Аудит амбулаторных карт как средство оценки и мониторинга качества оказания медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией / Н.В. Бадосова, И.Н. Шумилова, В.В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т.3, №1. – С. 21-25.
3. Бартлетт Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. / Д. Бартлетт, Д. Галлант, П. Фам М.: Валент; 2010. – 490 с.
4. Беляков Н.А. Половой путь передачи ВИЧ в эпидемии / Н.А. Беляков, Т. Виноградова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, №4. – С. 7-20
5. Джуракулова Ф.М. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в г. Душанбе Республики Таджикистан / Ф.М. Джуракулова, И.С. Бандаев, Ф.О. Рауфов // Медицинский вестник национальной Академии наук Таджикистана. –Душанбе. - 2021. Том XI. - №3(39). - С. 24-30.
6. Пирогова И.А. Распространённость ВИЧ-инфекции в России / И.А. Пирогова // Вестник Совета

молодых учёных и специалистов Челябинской области. - 2017.-Т.2, №4(19). С. 45-49.

7. Полякова А.Н. Новый класс антиретровирусных препаратов —антагонисты корцептора CCR5 / А.Н. Поляков, А.Г. Рахманова, О.Н. Леонова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2010. – №3. – С. 73-81.

8. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / под ред. В.В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 192 с.

9. Рафиев Х.К. Особенности ВИЧ/СПИД в современных условиях среди населения и осуждённых / Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров, С.Т. Ибодов и др. // Ж. Вестник Авиценны. – 2017. –Том 19.– №2. – С. 249-253

10. Рахманова А.Г. Антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге и перспективы ее совершенствования / А.Г. Рахманова, Н.Г. Захарова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. - №4. - С. 44-50.

11. Рузиев М.М. Результаты внедрения дозорно-го эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан /М.М. Рузиев, И.М. Сон, И.С. Бандаев //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017. - №3. – С. 78-82.

12. Смольская Т.Т. Профилактика ВИЧ-инфекции и её роль в контексте будущего эпидемии в Российской Федерации. / Экология человека. 2012; 2:47-54.

13. Турсунов Р.А. Коинфекция ВИЧ и парентеральные вирусные гепатиты у наркозависимых / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2012. – №2. – С. 82-89.

REFERENCES

1. Azovtseva O.V. Kliniko-genotipicheskaya kharakteristika koinfektsii virusnogo gepatita S i VICH [Clinical and genotypic characteristics of viral hepatitis C and HIV co-infection]. *VICH infektsiya i immunosupressii - HIV infection and immunosuppression*, 2010, pp. 37-42.

2. Badosova N.V. Audit ambulatornykh kart kak sredstvo otsenki i monitoringa kachestva okazaniya meditsinskoy pomoshchi bolnym s VICH-infektsiei [Audit of outpatient records as a means of assessing and monitoring the quality of care for patients with HIV infection]. *VICH infektsiya i immunosupressii - HIV infection and immunosuppression*, 2011, Vol. 3, No. 1, pp. 21-25.

3. Bartlett D. *Klinicheskie aspekty VICH-infektsii* [Clinical aspects of HIV infection]. Moscow, Valent Publ., 2010. 490 p.

4. Belyakov N.A. Polovoy put peredachi VICH v epidemii [Sexual transmission of HIV in the epidemic]. *VICH infektsiya i immunosupressii - HIV infection and immunosuppression*, 2011, Vol. 3, No. 4, pp. 7-20

5. Dzhurakulova F.M. Epidemicheskaya situatsiya po VICH-infektsii v g. Dushanbe Respubliki Tadjikistan [The epidemic situation of HIV infection in Dushanbe, Tajikistan]. *Meditsinskiy vestnik natsionalnoy Akademii nauk Tadjikistana – Medical Herald of the National Academy of Science of Tajikistan*, 2021, Vol. 9, No. 3 (39), pp. 24-30.

6. Pirogova I.A. Rasprostranyonnost VICH-infektsii v Rossii [HIV prevalence in Russia]. *Vestnik Soveta molodykh uchyonnykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti - Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk region*, 2017, Vol. 2, No. 4 (19), pp. 45-49.

7. Polyakova A.N. Novyy klass antiretrovirusnykh preparatov —antagonisty koretseptora CCR5 [A new class of antiretroviral drugs - CCR5 co-receptor antagonists]. *VICH infektsiya i immunosupressii - HIV infection and immunosuppression*, 2010, No. 3, pp. 73-81.

8. Pokrovskiy V.V. *VICH-infektsiya i SPID. Klinicheskie rekomendatsii* [HIV infection and AIDS. Clinical Recommendations.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 192 p.

9. Rafiev Kh.K. Osobennosti VICH/SPID v sovremennykh usloviyakh sredi naseleniya i osuzhdyonnykh [Peculiarities of HIV/AIDS in modern conditions among the population and inmates]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 2, pp. 249-253.

10. Rakhmanova A.G. Antiretrovirusnaya terapiya VICH-infektsii v Sankt-Peterburge i perspektivy ee sovershenstvovaniya [Antiretroviral therapy for HIV infection in St. Petersburg and prospects for its improvement]. *VICH infektsiya i immunosupressii - HIV infection and immunosuppression*, 2011, No. 4, pp. 44-50.

11. Ruziev M.M. Rezultaty vnedreniya dozornogo epidemiologicheskogo nadzora za VICH-infektsiei v Respublike Tadjikistan [Results of the implementation of sentinel epidemiological surveillance of HIV infection in the Republic of Tajikistan]. *Meditsinskiy vestnik natsionalnoy Akademii nauk Tadjikistana – Medical Bulletin of the National Academy of Science of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 78-82.

12. Smolskaya T.T. Profilaktika VICH-infektsii i eyo rol v kontekste budushchego epidemii v Rossiyskoy Federatsii [HIV Prevention and its Role in the Future of the Epidemic in the Russian Federation]. *Ekologiya cheloveka - Ecology of Human*, 2012, No. 2, pp. 47-54.

13. Tursunov R.A. Koinfektsiya VICH i parenteralnye virusnye gepatity u narkozavisimykh [HIV co-infection and parenteral viral hepatitis in drug addicts]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2012, No. 2, pp. 82-89.

ХУЛОСА

Ҷ.Э. Раҳмонов

БАЪЗЕ АЛОМАТҲОИ КЛИНИКӢ -ЭПИДЕМИОЛОГӢ ЧАНБАҲОИ КОИНФЕКЦИЯ ВНМО/ГЕПАТИТИ С

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани баъзе аломатҳои клиникӣ-эпидемиологӣ чанбаҳои косироят ВНМО/гепатити С.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Мавод барои таҳқиқот 70 беморе, ки бо аломатҳои клиникӣ-

эпидемиологӣ, вирусологӣ бо косироят ВНМО/гепатити С бистарӣ будан баррасӣ карда шуд. Дар ҳамаи беморон таҳхис дар асоси аломаҳои клиникӣ-эпидемиологӣ, бо усули тести-фаврӣ, ИФА, ПСР гузошта шуд.

Таҳқиқот ва баррасии онҳо: Дар ҳама беморони ко-сироятӣ ВНМО/гепатити С бо аломатҳои беҳолӣ, бемадорӣ (92,8%), камшавии иштиҳо (67,1%), ҳис кардани вазнини дар мавқеи чигар (45%), зардачуш (25%), талхии даҳон (19%), қайқунӣ ва беиштиҳӣ (32,8%), хунравӣ аз милки дандонҳо (13%), зардии сулбияи чашмон (11,4%), харобшавӣ (41,4%), калоншавии чигар (83%) мушоҳида карда мешуд.

Дар беморон чунин бемориҳои оппортуниқӣ дида мешуд. Занбуруғӣ ковокии даҳон (32,8%), табҳои сироятӣ (22,8%), ситомегаловирус (СМВ) (7,1%), пневмонияи пневмосистӣ (4,2%), саркомаи

Капошӣ (4,2%), токсоплазмозӣ мағзи сар (1,4%). Дар 3 бемор сили диссеминаровании шушҳо дида шуд. Бештар ин беморӣ дар шахсоне, ки истеъ-молкунандаи маводи муҳодир бо воситаи воридаи варидаи истифода мебурданд мушоҳида шуд. Муайян карда шуд, ки дар байни ин беморон ҷинсӣ мардона бештар мебошад. Агар аз ҷиҳати синну солро ба назар гирем, аз ҳама зиёд шахсони қобилиятӣ кори то 45 сола мебошанд. Ҷи тавре, ки муайян карда шуд бемории дуҷумдараҷа ва оппортуниқӣ ин вобаста ба паст шудани масъуниятӣ бадан ва CD4 лимфоситҳои беморон аст.

Хулоса: Сари вақт муайян кардани таҳхиси косироят ВНМО/гепатит С барои кам кардани фавтӣ беморӣ мусондат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: Косироят, ВНМО, Гепатит С, аломатҳои клиникӣ-эпидемиологӣ.

УДК 312.6;616 (575)

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-72-78

М.И. Сафаров¹, Б.Г. Муминзода²

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Сафаров Махмуджон Имомидинович – соискатель кафедры терапии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»; Тел.: +992934535322

Цель исследования. Изучение состояния обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос сотрудников службы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, а также респондентов, касательно обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе.

Результаты исследования и их обсуждения. Обслуживание больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе, остается социально значимой проблемой, так как имеет проблемы уровнем подготовки и укомплектованностью медработниками. Ситуация требует принятия мер организационного характера, включая передачи полномочия специалистов и повышение уровня интеграционных работ.

Выводы. Результаты опроса специалистов СМП показали, что укомплектованность бригад СМП, включая кардиологический профиль средствами для оказания помощи, в том числе медикаментами недостаточна.

Большинство опрошенных респондентов считают, что уровень интеграционных работ врачей СМП и семейных врачей невысокий, необходимо улучшить диспансеризацию больных данной категории.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, социологический опрос, сердечно-сосудистые заболевания.

М.И. Safarov¹, B.G. Muminzoda²

RESULTS OF THE SURVEY OF SPECIALISTS IN SERVICE FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AT THE PRE-HOSPITAL STAGE

¹NEI «Medical and Social Institute of Tajikistan»

²SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Safarov Makhmudjon Imomidinovich - Applicant at the Department of Therapy of the NEI "Medical and Social Institute of Tajikistan", Tel: +992934535322

Aim. To study the state of care of patients suffering from cardiovascular diseases at the prehospital stage.

Materials and methods. A survey was conducted among employees of the service of the City Clinical Emergency Hospital in Dushanbe, as well as respondents, regarding the care of patients suffering from cardiovascular diseases at the prehospital stage.

Results and discussion. Servicing patients suffering from cardiovascular diseases at the prehospital stage remains a socially significant problem, as there are issues with the level of training and staffing of health workers. The situation requires the adoption of organizational measures, including the transfer of authority to specialists and an increase in the level of integration work.

Conclusions. The results of a survey of EMS specialists showed that the staffing of EMS teams, including the cardiological profile, with the means to provide assistance, including medicines, is insufficient.

Most of the interviewed respondents believe that the level of integration work of EMS doctors and family doctors is low. It is necessary to improve the medical examination of patients in this category.

Keywords: ambulance service, survey, cardiovascular diseases.

Актуальность. Проблема обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе до сих пор остаётся актуальной.

За последние 20 лет в мире произошли качественные изменения в системе здравоохранения, касающиеся, в том числе, развития, так называемого, пациент-ориентированного подхода, основанного на принципах уважения и ориентации на индивидуальные интересы пациента, его нужды, ценности, а также открытость и вовлеченность в процесс принятия решений относительно оказания медицинской помощи [1].

Вопрос повышения качества медицинских услуг остаётся актуальной проблемой, особенно у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе. Оценка качества медицинских услуг опросным методом остаётся самым доступным методом, позволяющим оценить уровень организации службы скорой медицинской помощи (СМП) на догоспитальном этапе, т.е. своевременность, полнота и адекватность оказываемых услуг, доступность СМП, достаточность объёма оказываемых услуг, отношения работников к больным. Необходимо учесть, что оценка эффективности проводится на основе субъективной оценки респондентов, а её удовлетворенность - качеством услуг [2-5].

Удовлетворённость пациентов медицинской помощью является одним из показателей ее качества. В свою очередь степень удовлетворенности зависит от начальных ожиданий пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять

их запросы. Эти запросы возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений [6-7].

Цель исследования. Изучение состояния обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе, путем социологического опроса.

Материал и методы исследования. В целях исследования вопроса оказания скорой медицинской помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе, проведено анкетирование 21 врача СМП, а также 47 средних медицинских работников службы СМП и 122 семейных врачей по специально разработанным анкетным вопросам. Анкетные вопросы были направлены на оценку респондентами уровня нагрузки бригад СМП, их укомплектованность, обеспеченность медикаментами, качество оказываемых услуг, оперативность, техническую готовность бригад СМП и приёмных покоев, а также вопросы интеграции работы врачей СМП и семейных врачей касательно обслуживания больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Статистический анализ полученного материала проведен по методике Йетса.

Результаты исследования и их обсуждение. Посредством социологического опроса получены ответы на сложные вопросы организации службы СМП, решение которых позволяет рационально использовать имеющиеся ресурсы (людские, мате-

риальные), мотивировать медицинских работников на повышение качества медицинских услуг, особенно в условиях нехватки или ограниченности материальных ресурсов.

В целях социологического опроса сотрудников службы скорой медицинской помощи было проведено анкетирование 68 врачей и средних медработников, из них мужчин было 55 (80,9%), а женщин - 13 (19,1%).

При этом врачей было 21 (30,9%), а средних медицинских работников - 47 человек (61,2%), т.е. мужчин врачей статистически значимо меньше, чем мужчин среднего звена; количество женщин врачей и женщин среднего звена одинаково. В общем, врачей статистически значимо меньше (почти в 2 раза), чем среднего медперсонала.

Среди опрошенных сотрудников, со стажем 0-5 лет было 13 (19,1%) человек, со стажем 6-10 лет - 23 (33,8%), со стажем 11 лет и более - 32 человека (47,1%).

При распределении сотрудников СМП различной профессии по стажу работы, врачей со стажем 0-5 лет оказалось 1 (4,8%) человек, со стажем 6-10 лет - 4 (19,0%), со стажем 11 лет и более - 16 (76,2%). Средние медицинские работники со стажем 0-5 составили 12 (25,5%) человек, со стажем 6-10 лет - 19 (40,5%), со стажем 11 лет и более - 16 (34,0%). Таким образом среди врачей статистически значимо меньше сотрудников со стажем менее 5 лет по сравнению со средним медперсоналом, а также среди врачей статистически больше сотрудников со стажем работы более 11 лет, чем среди среднего медперсонала.

Нагрузку кардиологических бригад считают высокой 10,7% опрошенных, оптимальной считают - 46,4% респондентов и средней считают - 42,9%.

Из медперсонала кардиологических бригад врачи составили 42,8% и 57,2% средние медработники. Только 8,3% врачей нагрузку кардиологических бригад оценили как высокую, 50,0% - оптимальной и 41,7% как средней. Оценка средних медработников вышеуказанных бригад по поводу их нагрузки распределились следующим образом: высокая - 12,5%, оптимальная и средняя - 43,7%.

Укомплектованность бригад СМП средствами для оказания помощи 30,9% опрошенных оценили высоко, 50,8% - средней и только 10,3% оценили как низкую.

Укомплектованность бригад СМП средствами для оказания помощи в 28,6% случаев врачи оценили высоко. В 61,9% указали на средний уровень

и в 9,5% случаев как низкий уровень укомплектованности. Средние медработники в 31,9% случаев уровень укомплектованности оценили высоко, в 57,5% случаев средний и 10,6% низкий уровень. Мнение врачей и среднего медперсонала об укомплектованности СМП средствами для оказания помощи совпали (одинаковые - $p > 0,05$ по всем трём оценкам). Превалирует средняя оценка.

В целом 25,0% сотрудников СМП обеспеченность медикаментами выездных бригад кардиологического профиля оценили высоко, 60,3% указали среднюю обеспеченность и только 14,7% указали на низкую обеспеченность.

Укомплектованность медикаментами по мнению персонала со стажем до 5 лет превалируют от средней до низкой, в то время как у персонала со стажем более 11 лет, наоборот, превалирует средняя и высокая оценка, при этом у персонала со стажем 6-10 лет - оценка сдержанная - фактически одинаковая ($p > 0,05$), хотя есть тенденция к превалированию средней и высокой оценки. Тем не менее, не зависимо от стажа работы, чаще укомплектованность медикаментами оценивалась средне ($p < 0,001$). Больше всего средних оценок поставлено персоналом со стажем более 11 лет, и больше всего низких оценок поставлено персоналом со стажем менее 5 лет, высокие оценки чаще превалировали у персонала со стажем 6-10 лет.

Более 28,1% опрошенных сотрудников СМП качество медицинской помощи больным страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе оценили высоко, 61,8% дали среднюю оценку и 4,4% низкую оценку.

p_2 - статистическая значимость различий по оценкам (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

При этом мнение врачей СМП распределилось следующим образом: высокую оценку дали 28,6% врачей, среднюю - 66,7% и низкую - 4,7%. Мнение среднего медперсонала иная: высоко оценили 36,2% опрошенных, средне оценили - 59,6%, низко оценили - 4,2%. Оценка догоспитальной помощи со стороны врачей и среднего медперсонала совпали ($p > 0,05$), при этом преобладают средние и высокие оценки ($p < 0,001$).

На вопрос возможности выполнения вызовов кардиологического профиля силами линейных и фельдшерских бригад 52,9% опрошенных считают возможным.

Следует отметить, что по данному вопросу особых расхождений мнений врачей и среднего

медперсонала нет, 52,4% и 53,2% соответственно. Мнение врачей и среднего медперсонала по поводу возможности выполнения кардиологического профиля линейными бригадами совпали ($p > 0,05$), при этом весь персонал по оценкам разделился поровну 50 на 50 ($p > 0,05$).

Оперативность и техническую готовность приемных отделений госпиталей при доставке пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) высоко оценили 19,1% опрошенных, среднюю оценку дали 56,2% и только 21,9% опрошенных отмечают низкую готовность.

В стажевой группе 0-5 лет 7,7% оперативность и техническую готовность приемных отделений госпиталей при доставке пациентов с ОКС оценили высоко, медработники со стажем 6-10 лет данный вопрос высоко оценили в 21,7% случаев и в стажевой группе 11 и более лет высокую оценку поставили 21,9%. Средний уровень готовности в стажевой группе 0-5 лет отметили 61,5% опрошенных, в группе 6-10 лет - 69,6% и 56,2% составило в стажевой группе 11 и более лет. Во всех трёх группах работников с различными стажами работы имеется тенденция оценивать готовность приёмных отделений как среднее, но это только тенденции, т.к. $p > 0,05$. Однако при суммировании всех оценок медицинских работников – определяется статистически значимая средняя оценка ($p < 0,001$).

Уровень укомплектованности бригад СМП медперсоналом в стажевой группе 33,8% опрошенных оценили высоко, 55,9% отметили средний уровень и 10,3% считают её низкой.

В стажевых группах 0-5 лет, 6-10 лет, 11 лет и более уровень укомплектованности высоко оценили 22,5%, 33,3% и 34,4%, соответственно. Средний уровень отметили 50,0%, 58,4% и 56,2% опрошенных, низкий уровень укомплектованности бригад СМП отметили 16,7%, 8,3% и 9,4%, соответственно. Во всех трёх группах работников с различными стажем работы имеется тенденция оценивать укомплектованность бригад как среднее, но это только тенденции, т.к. $p > 0,05$. Однако при суммировании всех оценок медицинских работников – определяется статистически значимая средняя оценка ($p < 0,001$).

В целом опрошенные сотрудники СМП укомплектованность кардиологических бригад оценивают положительно (высокий - 32,4%, средний уровень - 67,6%)

При этом врачи укомплектованность высоко оценивают в 38,1% случаев, а в среднем 29,8 слу-

чаев. Средние медработники указывают на высокий 61,9% и средний уровень укомплектованности в 70,2 случаев. Мнение врачей и среднего медперсонала совпадают ($p > 0,05$), в тоже время статистически чаще оценка была средней ($p < 0,001$).

На вопрос: «Как Вы оцениваете уровень обеспеченности населения санитарным транспортом?», сотрудники в 23,5% случаев обеспеченность оценили высоко, в 61,8% случаев дали среднюю оценку. В стажевой группе 0-5 лет только 8,3% опрошенных дали высокую оценку, 50,0% - среднюю и 41,7% отметили низкую обеспеченность населения санитарным транспортом. В стажевой группе 6-10 лет оценки распределились следующим образом 25,0%, 66,7% и 8,3%, соответственно. Примерно аналогичная ситуация в стажевой группе 11 лет и более. Работники со стажем менее 5 лет считают, что обеспечение санитарным транспортом среднее и низкое ($p < 0,05$), в то время как работники с большим стажем считают, что обеспеченность санитарным транспортом среднее. Особенно это заметно при суммировании всех работников без учёта стажа работы ($p < 0,001$).

Оценки специалистов о качестве скорой медицинской помощи разделились в зависимости от стажевой группы, 46,1% из стажевой группы 0-5 лет отметили высокое качество СМП, в тоже время 15,4% опрошенных данной группы отмечают низкое качество обслуживания.

Оценка стажевой группы 6-10 лет особо не отличается от первой группы. В стажевой группы 11 лет и более 31,2% отмечают высокий уровень медицинской помощи, 65,6% - средний и 3,2% - низкий уровень СМП. Во всех трёх группах работников с различными стажами работы имеется тенденция оценивать качество скорой медицинской помощи как среднее и высокое, но это только тенденции, т.к. $p > 0,05$. Однако при суммировании всех оценок медицинских работников – определяется статистически значимая средняя оценка ($p < 0,001$).

На вопрос: «Как Вы оцениваете уровень диагностических расхождений врачей СМП?», 23,1% стажевой группы 0-5 лет отметили высокий уровень, 69,2% - средний уровень и 7,7% - низкий уровень, что по значимости равно оценке стажевой группы 11 лет и более.

Оценка стажевой группы 6-10 лет умеренная и составляет 13,0%, 73,9% и 13,0%, соответственно. Во всех трёх группах работников с различными стажами работы имеется тенденция оценивать

диагностические расхождения как средние, но это только тенденции, т.к. $p > 0,05$. Однако при суммировании всех оценок медицинских работников – определяется статистически значимая средняя оценка ($p < 0,001$).

Касательно диагностических ошибок средних медработников СМП, 35,7% специалистов стажевой группы 0-5 лет отмечают высокий уровень диагностических ошибок, 57,2% - средний уровень и 7,1% считают уровень диагностических ошибок как низкий.

В стажевой группе 6-10 лет 21,0% считают, что уровень ошибок высокий, 63,2% отмечают средний уровень и 15,8% низкий уровень, что примерно равно оценке стажевой группы 11 и более лет. Во всех трёх группах работников с различными стажами работы имеется тенденция оценивать диагностические расхождения среднего медперсонала как средние, но это только тенденции, т.к. $p > 0,05$. Однако при суммировании всех оценок медицинских работников – определяется статистически значимая средняя оценка ($p < 0,001$).

Мнения сотрудников СМП по поводу улучшения качества оказания помощи больным страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе распределились следующим образом: переподготовка линейных врачей (вопросам кардиологии) - 100,0%; подготовка и переподготовка врачей СМП - 98,5%; пересмотр нормативно-правовых документов - 86,7%; оснащение бригад СМП специальным медоборудованием - 83,8%; расширение бригад БИТ за счет линейных бригад - 66,1%.

Далее следует повышение мотивации персонала - 63,2% и снижение среднесуточной нагрузки бригад СМП - 57,3%.

В целях уточнения степени интеграционной работы семейных врачей со врачами СМП по вопросу оказания неотложной и скорой медицинской помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе, был проведен социологический опрос 122 семейных врачей различной стажевой группы.

Из опрошенных семейных врачей 16,4% были со стажем работы 0-5 лет, 22,1% - 6-10 лет и 61,5% со стажем 11 и более лет. В исследовании статистически значимо больше было привлечено семейных врачей со стажем более 11 лет, в то время как со стажем до 5 лет и 6-10 лет количество было почти одинаковым.

Семейные врачи оценили доступность своей помощи на самом высоком уровне ($p < 0,001$). Согласно данным Муминзода Б.Г. (2020) в г. Душанбе в 60,4% случаев пациенты посетили семейного врача. Данный показатель по РРП составляет 79,6%, по Согдийской области - 51,9%, по Хатлонской области - 47,8% и по ГБАО - 37,6%.

В целом, проблемы доступа к медицинским учреждениям по г. Душанбе имеют 10,6% пациентов, по Согдийской области - 23,4% пациентов, по Хатлонской области - 40,6% пациентов, по ГБАО - 32,6% пациентов и по РРП - 25,7% пациентов.

Мнение семейных врачей об удобстве при оказании медицинской помощи для пациентов и врачей при обслуживании больных СМП, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе распределилось следующим образом: обмен информацией - 42,3%, совместное обслуживание больных - 9,3%.

Среди семейных врачей мнение разделилось: высокие и средние оценки одинаковые, при этом низких оценок статистически значительно меньше ($p < 0,001$). По данным Бекиной Г.В. (1991), уровень преемственности между врачами СМП и врачами поликлинической сети составляет не более 5,0% [8].

На вопрос: «Как можно улучшить преемственность работы врачей СМП и семейных врачей?», 69,6% врачей отметили необходимость разработки соответствующих нормативных документов для дневных стационаров, 59,8% являются сторонниками применения информационных технологий, 55,7% врачей предпочтение отдали улучшению диспансеризации больных страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, 47,5% предлагают расширение коек дневных стационаров и 45,0% улучшение преемственности видят в организации «круглосуточного дежурства семейных врачей».

По данным Муминзода Б.Г. (2020), 36,5% врачей СМП и 11,7% семейных врачей предпочитают организацию «круглосуточного дежурства» семейных врачей, 40,3% и 46,1%, соответственно, являются сторонниками диспансеризации больных.

Также в целях уточнения степени интеграционной работы врачей СМП со семейными врачами по вопросу оказания неотложной и скорой медицинской помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе, был проведен социологический опрос 71 врачей СМП различной стажевой группы.

В исследовании статистически значимо больше были привлечены врачи СМП со стажем более 11 лет, четверть – со стажем 6-10 лет ($p < 0,001$).

Из участвовавших в анкетировании врачей 12,7% имели стаж 0-5 лет, 23,9% имели стаж 6-10 лет и стаж работы 11 лет имели 63,4% врачей.

В большинстве случаев или 72,7% врачей СМП отметили низкий уровень интеграции работы врача СМП и семейного врача при обслуживании больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе

Только 60,6% опрошенных отмечают высокий уровень интеграции при обслуживании больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе. Врачи СМП считают интеграцию между ними и семейными врачами низкой ($p < 0,001$).

На вопрос: «Какое улучшение Вы видите в интеграции работы врача СМП и семейного врача при обслуживании больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе?», все опрошенные (100,0%) на первое место поставили вопрос улучшения диспансеризации больных данной категории. На второй план выходит организация «круглосуточного дежурства врачей СМП» - 97,2%, далее вопрос расширение коек дневных стационаров - 94,4%, 92,9% отметили разработку нормативных документов для дневных стационаров и 88,7% считают обеспечение информационными технологиями важным.

Выводы. 1. Обслуживание больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе службы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, остается социально значимой проблемой, требующей принятия ряда организационных мер, особенно в части подготовки и переподготовки специалистов линейных бригад, а также средних медработников.

2. Результаты опроса специалистов СМП показали, что укомплектованность бригад СМП, включая кардиологический профиль, средствами для оказания помощи, в том числе медикаментами недостаточна.

3. Более 50% респондентов считают, что линейные бригады СМП необходимо превратить на бригады интенсивной терапии, а часть линейных бригад в средние - сестринские. Необходимо учесть, что удельный вес диагностических расхождений остается высоким.

4. Большинство опрошенных респондентов считают, что уровень интеграционных работ врачей СМП и семейных врачей невысокий, необходимо улучшить диспансеризацию больных данной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артемьева М.А. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью в различных условиях ее предоставления / М.А. Артемьева // НАУКА МОЛОДЫХ (*Eruditio Juvenium*), 2017, -С 389-394.

2. Барсукова И.М. Результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, Е.Н. Пенюгина, О.Г. Кисельгоф // Скорая медицинская помощь. – 2015. – №4. – С. 4–10.

3. Кобякова О.С. Удовлетворенность медицинской помощью как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин и др. // «Социальные аспекты здоровья населения» <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/lang.ru/>

4. Колесников А.В. Удовлетворенность населения региона качеством работы службы скорой медицинской помощи / А.В. Колесников и др. // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2017. Т. 21. №1. С. 109—116).

5. Муминов Б.Г. Некоторые социологические аспекты службы скорой медицинской помощи в Республике Таджикистан / Б.Г. Муминов // Врач скорой помощи, 2013, №9 -С 27-30.

6. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину), Руководство М.: Медицина, 2014.-С.231.

7. А.М. Сульдин О взаимоотношениях пациентов со службой скорой медицинской помощи (по материалам анкетного опроса) / А.М. Сульдин, Ю.М. Салманов, Н.С. Брынза // Интеллектуальная наука 3 (37). 2019.-С44-45.

REFERENCES

1. Artemeva M.A. Udovletvorennost patsientov meditsinskoy pomoshchyu v razlichnykh usloviyakh ee predostavleniya [Patient satisfaction with medical care in different settings]. *Eruditio Juvenium*, 2017, pp. 389-394.

2. Barsukova I.M. Rezultaty izucheniya mneniya patsientov o kachestve i dostupnosti skoroy meditsinskoy pomoshchi rezultaty izucheniya

mneniya patsientov o kachestve i dostupnosti skoroy meditsinskoy pomoshchi [Results of the study of patients' opinions on the quality and accessibility of emergency medical care. Results of the study of patients' opinions on the quality and accessibility of emergency medical care]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch - Ambulance*, 2015, No. 4, pp. 4–10.

3. Kobyakova O.S. *Udovletvorennost meditsinskoy pomoshchyu kak izmerit i sravnit?* [Satisfaction with medical care how to measure and compare?] *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya - Social Aspects of Public Health*. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/lang.ru/>

4. Kolesnikov A.V. *Udovletvorennost naseleniya regiona kachestvom raboty sluzhby skoroy meditsinskoy pomoshchi* [Satisfaction of the population of the region with the quality of emergency medical care service]. *Vestnik RUDN. Meditsina – RUDN Journal. Medicine*, 2017, Vol. 21, No. 1, pp. 109-116.

5. Muminov B.G. *Nekotorye sotsiologicheskie aspekty sluzhby skoroy meditsinskoy pomoshchi v Respublike Tadjikistan* [Some Sociological Aspects of Emergency Medical Care in the Republic of Tajikistan]. *Vrach skoroy pomoshchi. - Emergency Doctor*, 2013, No. 9, pp. 27-30.

6. Reshetnikov A.V. *Sotsiologiya meditsiny (vvedenie v nauchnyu distsiplinu), Rukovodstvo* [Sociology of Medicine (Introduction to the Scientific Discipline), Handbook]. Moscow, Meditsina Publ., 2014. 231 p.

7. Suldin A.M. *O vzaimootnosheniyakh patsientov so sluzhboy skoroy meditsinskoy pomoshchi (po materialam anketnogo oprosa)* [On the relationship between patients and the ambulance service (based on a questionnaire survey)]. *Intellektualnaya nauka - Intellectual Science*, 2019, No. 3 (37), pp. 44-45.

ХУЛОСА

М.И. Сафаров, Б.Г. Муминзода

НАТИҶАИ ПУРСИШИ МУТАХАССИСОН ОИД БА МАСЪАЛАИ ХИЗМАТРАСОНИИ ТИББӢ БА БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ҚАЛБ ВА РАҒУ ШАРАӢНИ ОН ДАР МАРҶИЛАИ ТО БИСТАРИШАВӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати хизматрасонии тиббӣ ба беморони гирифтори бемориҳои қалбу шараён дар марҳилаи то бистаришавӣ.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Дар байни кормандони хадамоти Беморхонаи шаҳрии клиникии ёрии таъҷилии шаҳри Душанбе, пурсиши иҷтимоӣ оид ба хизматрасонии тиббӣ ба беморони гирифтори бемориҳои дилу рағҳои хунгард дар марҳилаи то бистаришавӣ гузаронида шуд. Таҳлили омории маводи ба даст овардашуда аз рӯи усули Йейтс гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Хизматрасонӣ ба беморони гирифтори бемориҳои дилу рағҳои хунгард дар марҳилаи то бистаришавӣ яке аз масъалаҳои муҳими иҷтимоӣ боқӣ монда, дар сатҳи тайёркунии кадрҳо ва таъмини хадамот бо кадрҳо мушкilot дорад. Вазъият талаб мекунад, ки тадбирҳои ташкилӣ, аз ҷумла ба мутахассисон додани ваколатҳои тахассусӣ ва баланд бардоштани кори интеграционии онҳо ҳаллу фасли худро ёбад.

Хулоса. 1. Хизматрасони ба беморони гирифтори бемориҳои дилу рағҳои хунгард дар марҳилаи то бистарикунӣ то ҳоло дар хадамоти тиббии Беморхонаи тиббии шаҳрии клиникии ёрии таъҷилии шаҳри Душанбе мушкilotи муҳими иҷтимоӣ боқӣ мондааст, ки як қатор тадбирҳои ташкилӣ, махсусан дар самти тайёр кардан ва бозомӯзии мутахассисони бригадаи қаторӣ, инчунин коркунони тиббиро тақозо мекунад.

2. Натиҷаҳои пурсиши мутахассисони нуқтаҳои ёрии таъҷилӣ нишон дод, ки таъминнокии ҳайати гурӯҳҳои кории ёрии таъҷилӣ, аз ҷумла профили кардиологӣ бо воситаҳои маводҳои ёрирасон, барои хизмати тиббӣ, аз ҷумла доруворӣ нокифоя аст.

3. Зиёда аз 50,0% пурсидашудагон чунин мешуморанд, ки дастаҳои ёрии таъҷилӣ бояд ба гурӯҳҳои эҳғарӣ ва як қисми дигари дастаҳо барои расонидани кӯмаки тиббӣ ба ёрии ҳамшираҳои миёнаи тиббӣ табдил дода шаванд. Бояд гуфт, ки таносуби ихтилофоти ташхисии байни бригадаҳои ёрии таъҷилӣ ва беморхонаҳо дар сатҳи баланд боқӣ мемонад.

4. Аксари мусоҳибони пурсидашуда бар ин назаранд, ки сатҳи кори ҳамгирони табиии ёрии таҷилӣ ва табиии оилавӣ паст буда, ташхиси тиббии беморони ин бахшро беҳтар кардан лозим аст.

Калимаҳои калидӣ: ёрии таъҷилӣ, таҳқиқоти иҷтимоӣ, бемориҳои дилу рағҳои хунгард.

УДК 617.089.844+616.002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-79-82

У.Ю. Сироджидинова¹, У.И. Розиков¹, С.М. Сайдалиев¹, Дж.М. Юсупджанова²

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ИММУННОГО ПРОЦЕССА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ВАКЦИНОЙ БЦЖ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И НИЗКОГОРЬЯ

¹Кафедра фтизиопульмонологии, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский центр по защите населения от туберкулеза»

Сироджидинова Умринисо Юсуповна – д.м.н., профессор, профессор кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Изучить морфологические изменения в месте введения вакцины и в лимфатических узлах экспериментальных животных, вакцинированных вакциной БЦЖ, в условиях высокогорья и низкогорья.

Материал и методы исследования. В качестве экспериментальных животных использовали морских свинок из вивария Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Всех животных вакцинировали подкожно вакциной БЦЖ в дозе 0,05 мг сухого вещества в 0,1 мл растворителя. Проанализирована разница в морфологических изменениях срезов, выполненных из кожи и региональных лимфатических узлов вакцинированных БЦЖ экспериментальных животных в условиях высокогорья и низкогорья.

Результаты исследования и их обсуждение. Животные были разделены на 2 группы: 1 группа были помещены в экспедиционные условия высокогорья, 2 группа - в низкогорье. Через неделю после вакцинации у животных 1 группы увеличивались паховые лимфатические узлы, проба Манту 1:10 (АТК) была положительная - 5 мм. У животных 2 группы отмечались менее выраженные реакции со стороны лимфатических узлов, туберкулиновые пробы были сомнительными (2 мм) и отрицательными. Через 1,5 месяца у животных 1 и 2 группы региональные лимфатические узлы были увеличены и уплотнены, также были отмечены увеличение шейных групп лимфатических узлов, проба Манту была 1:10, в среднем 7 мм в первой группе, и 12 мм - во 2 группе.

Заключение. В условиях низкогорья первые признаки специфических клеточных реакций в лимфатических узлах появились позже, чем у животных высокогорья, затем формировались крупные специфические очаги с казеозом.

Ключевые слова: туберкулез, вакцинация, вакцина БЦЖ, проба Манту, морские свинки.

U.Yu. Sirodzhidinova¹, U.I. Rozikov¹, S.M. Saydaliev¹, J.M. Yusupdzhanova²

MORPHOLOGICAL REACTIONS OF THE IMMUNE PROCESS IN EXPERIMENTAL ANIMALS VACCINED WITH BCG VACCINE UNDER HIGH AND LOW ALTITUDE

¹Department of Phthisiopulmonology, SEI Avicenna Tajik State Medical University

²SI «Republican Center for the Protection of the Population from Tuberculosis»

Sirojiddinova Umriniso Yusupovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Phthisiopulmonology, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino

Aim. To study morphological changes in the lymph nodes of experimental animals vaccinated with BCG vaccine in high and low mountains.

Material and Methods. Guinea pigs from the vivarium of the Central Research Laboratory of the Avicenna Tajik State Medical University were used as experimental animals. All animals were vaccinated subcutaneously with the BCG vaccine at a dose of 0.05 mg of dry matter in 0.1 ml of solvent. The difference in morphological changes of sections made from regional lymph nodes of experimental animals vaccinated with BCG in high and low mountains was analyzed.

Results. The animals were divided into 2 groups: 1 group was placed in expeditionary conditions in high mountains, and group 2 - in low mountains. A week after vaccination, the inguinal lymph nodes in animals of group 1 increased. Mantoux test 1:10 (ATK) was positive - 5 mm. In animals of group 2, less pronounced reactions of the lymph nodes were noted. Tuberculin tests were equivocal (2 mm) and negative. After 1.5 months, in animals of groups 1 and 2, regional lymph nodes were enlarged and indurated, and an increase in the cervical groups of lymph nodes was also noted. The Mantoux test was 1:10 on average - 7 mm in the first group, and 12 mm - in the second group.

Conclusion. Under conditions of low mountains, in the lymph nodes, the first signs of specific cellular appeared later than in animals in high altitude conditions, then large specific foci were formed, with caseosis.

Keywords: tuberculosis, vaccination, BCG vaccine, Mantoux test, guinea pigs.

Актуальность. Эффективность вакцинации БЦЖ доказана клинически и экспериментально многими исследованиями [4]. Вакцина БЦЖ до настоящего времени во всем мире является одной из наиболее широко используемых из всех существующих в настоящее время вакцин, охватывая более 80% новорожденных и детей грудного возраста в странах, где она является компонентом национальной программы иммунизации детей [7]. Вакцинация проводится на 3-5 сутки после рождения всем здоровым новорожденным внутривенно на левом плече, охват по данным официальной статистики составляет 98-99%. Вакцинация БЦЖ играет одну из основных ролей в снижении заболеваемости и смертности от туберкулеза [4]. Её эффективность дополняется применением химиопрофилактики. Вакцинация защищает от развития таких тяжелых форм туберкулеза, как туберкулезный менингит, милиарный туберкулез и казеозная пневмония [8]. В то же время, она не предотвращает от первичного инфицирования или от реактивации латентной инфекции [7]. Местная реакция начинается через 4-6 недель с гиперемии и инфильтрата (папула), которая трансформируется в везикулу, пустулу, затем появляется корочка, которая самостоятельно отпадает и начинается формирование рубчика (95-97%) [4]. Описанные реакции являются нормой и не требуют вмешательства никакими лекарственными средствами [5, 6]. Индуцированная вакциной защита со временем ослабевает и утрачивается по прошествии 7-10 лет. В доступной нам экспериментальной литературе работ по изучению эффективности вакцинации БЦЖ в условиях высокогорья и по срокам формирования иммунитета в этих условиях мало [2, 3]. Согласно руководства ВОЗ по вакцинации в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций важно учитывать, что для туберкулеза, наряду с другими управляемыми инфекциями, риск развития зависит также и от климато-географических условий, например в условиях высокогорья и холодного климата, как правило, риск развития туберкулеза высокий [1].

Цель исследования. Определить морфологические изменения в лимфатических узлах и коже экспериментальных животных вакцинированных вакциной БЦЖ в условиях высокогорья и низкогорья.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы морфологические изменения на месте введения и в региональных лимфатических узлах экспериментальных животных (морских свинок) вакцинированных вакциной БЦЖ в условиях высокогорья (высота 3372 метров над уровнем моря) и низкогорья (высота 820 метров над уровнем моря). 45 морских свинок были вывезены и обследованы в экспедиционных условиях на Анзобском перевале (1 группа) и 45 – обследованы в г. Душанбе (2 группа). Все морские свинки по результатам проведения пробы Манту были неинфицированы. Всех вакцинировали подкожно в правую половину живота вакциной БЦЖ в дозе 0,05 мг сухого вещества в 0,1 мл растворителя.

Для анализа полученных данных использовалось программное обеспечение по прогностической аналитике (SPSS, версия 13.0) в связи с её гибкостью и простотой в использовании при переводе необработанных данных в таблицы формата MS Word. Полученные данные, в результате исследования, обработаны общепринятыми методами вариационной статистики. В тексте основные результаты представлены с использованием значимой (p). Различия при $p < 0.05$ считались значимыми.

Результаты исследования и их обсуждение. Через неделю после введения вакцины БЦЖ у животных 1 группы увеличились паховые лимфатические узлы. Проба Манту 1:10 (АТК) была положительная. На месте введения вакцины БЦЖ формировалась папула диаметром 5 мм. Гистоло-



Рисунок 1. Лимфоидно-клеточная инфильтрация и немногочисленные эпителиоидно-клеточные скопления в глубоких слоях дермы.

гическая картина: под эпидермисом отмечалась лимфоидно-клеточная инфильтрация и немногочисленные эпителиоидно-клеточные скопления в глубоких слоях дермы, кровеносные сосуды были полнокровные (рис. 1).

В месте введения вакцины БЦЖ эпидермис был утончен, отмечена пролиферация эпителия. В подэпителиальном слое имела диффузная инфильтрация ткани лимфоидными клетками, сосуды были полнокровные. В легких отмечалась расширение межалвеолярных перегородок за счет пролиферации гистиоцитов и небольшой лимфоидной инфильтрации. У контрольных животных, вакцинированных в условиях низкогогорья (2 группа), к этому сроку отмечались менее выраженные реакции со стороны указанных органов. Туберкулиновые пробы были сомнительными (2 мм) и отрицательными.

К концу 2-й недели у животных 1 группы отмечалась более выраженная гиперплазия региональных и других групп лимфатических узлов диаметром 4-5 мм, туберкулиновые пробы были положительными. На месте вакцинации папула была в 2 раза больше, чем через неделю наблюдения. Гистологическая картина: в подэпидермальном слое была выражена инфильтрация ткани лимфоидными клетками, среди которой встречались эпителиоидные клетки и макрофаги. К этому сроку у животных 2 группы туберкулиновые пробы были положительными, отмечалась небольшая гиперплазия только в региональных лимфатических узлах (рис. 2).

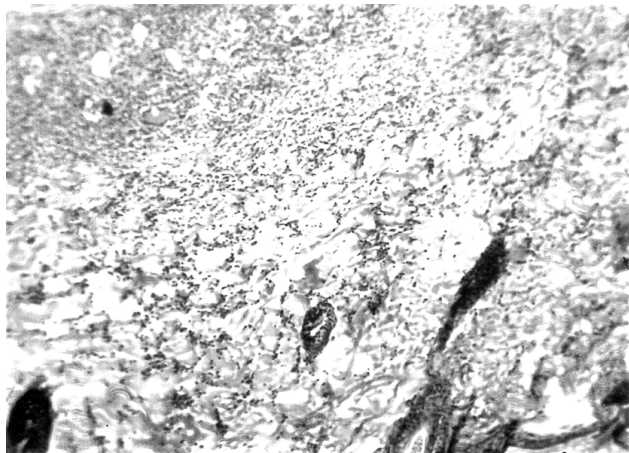


Рисунок 2. Специфический инфильтрат в подкожной клетчатке, в подэпидермальном слое выявлена нерезко выраженная инфильтрация лимфоидными клетками

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что в лимфатических узлах

через 2 недели после введения вакцины БЦЖ у животных 1 группы в условиях высокогорья иммунная реакция организма была более выраженной, чем у животных 2 группы.

В конце месячного периода наблюдения размер туберкулиновых проб у животных 2 группы составил 12 мм, региональные лимфатические узлы были множественными и плотными, на месте введения вакцины образовалась корочка. Гистологическая картина: на месте проведения туберкулиновых проб все слои кожи были резко инфильтрированы преимущественно лимфоидными клетками, среди которых имелись небольшие скопления сегментоядерных лейкоцитов. Данные скопления сегментоядерных лейкоцитов определялись и в подкожной клетчатке по ходу сосудов и капилляров. В лимфатических узлах отмечалась выраженная пролиферация лимфоидных клеток. В легких отмечалось расширение межалвеолярных перегородок с пролиферацией гистиоцитов.

Через 1,5 месяца у животных 1 и 2 группы региональные лимфатические узлы были увеличены, множественные, плотные с явлениями периаденита, увеличены также и шейные группы лимфатических узлов. Проба Манту была 7 мм у животных 1 группы и 12 мм - во 2 группе. На месте вакцинации у животных обеих групп наблюдения определялась сухая корочка.

Закключение. В лимфатических узлах у морских свинок, находящихся в высокогорье, после вакцинации БЦЖ отмечалось более раннее появление продуктивных изменений. К концу срока эксперимента наблюдалось значительное рассасывание специфических изменений, при сохранении пролиферации лимфоидных клеток, которая свидетельствует о перестройке иммунной системы. В условиях низкогогорья в лимфатических узлах первые признаки специфических клеточных реакций появились позже, чем у животных в условиях высокогорья, затем формировались крупные специфические очаги с казеозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вакцинация в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций: схема принятия решений. - ВОЗ, Копенгаген. - 2017. - 142 с.
2. Леви Д.Т. Исследование остаточной вирулентности и иммунизирующей способности посевных серий *Mycobacterium bovis* BCG-1 / Д.Т. Леви, Н.В. Александрова, Ю.И. Обухов // БИО препараты: профилактика, диагностика, лечение. - 2017. - №17(1). - С. 48-53.
3. Леви Д.Т. Исследование защитного действия туберкулезных вакцин в эксперименте / Д.Т. Леви, Н.В.

Александрова, Е.В. Лебединская, А.В. Наконечная // БИО-препараты: профилактика, диагностика, лечение. - 2017. - №17(4). - С. 253-257.

4. Погожева О.С. Эффективность вакцинации БЦЖ / О.С. Погожева., Ю.И. Дроздецкая // FORCIPE. - 2020. - №3. - С. 880-881.

5. Севастьянова Т.А. Осложнения после вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М в мегаполисе / Т.А. Севастьянова, В.А. Аксенова, Е.М. Белиловский // Туберкулез и болезни легких - 2016. - №16. - С. 20-24.

6. Севастьянова Т.А. Состояние иммунологического статуса у детей с осложнениями вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М / Т.А. Севастьянова, В.А. Аксенова, Д.А. Кудлай. // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - №98(1). - С. 27-34.

7. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей / В.А. Аксёнова, Л.А. Барышникова, И.Ф. Довгалюк [и др.]. - М., 2016. - 35 с.

8. Шугаева, С.Н. Новая методика эпидемиологической оценки инцидентности осложнений противотуберкулезной вакцинации / С.Н. Шугаева, Е.Д. Савилов // Туберкулез и болезни лёгких. - 2016. - №7. - С. 34 - 37.

REFERENCES

1. *Vaktsinatsiya v usloviyakh chrezvychaynykh gumanitarnykh situatsiy: skhema prinyatiya resheniy* [Vaccination in humanitarian emergencies: a decision-making framework]. Copenhagen, VOZ Publ., 2017. 142 p.

2. Levi D.T. Issledovanie ostatochnoy virulentnosti i immuniziruyushchey sposobnosti posevnykh seriy Mycobacterium bovis BCG-1 [Study of residual virulence and immunizing ability of Mycobacterium bovis BCG-1 seed series]. *BIO preparaty: profilaktika, diagnostika, lechenie - BIOpreparations: prevention, diagnostics, treatment*, 2017, No. 17 (1), pp. 48-53.

3. Levi D.T. Issledovanie zashchitnogo deystviya tuberkuleznykh vaktsin v eksperimente [Study of the protective effect of tuberculosis vaccines in the experiment]. *BIO preparaty: profilaktika, diagnostika, lechenie - BIOpreparations: prevention, diagnostics, treatment*, 2017, No. 17 (4), pp. 253-257.

4. Pogozheva O.S. Effektivnost vaktsinatsii BTsZh [Effectiveness of BCG vaccination]. *Forcipe*, 2020, No. 3, pp. 880-881.

5. Sevastyanova T.A. Oslozhneniya posle vaktsinatsii BTsZh/BTsZh-M v megapolise [Complications after BCG/BCG-M vaccination in a metropolitan area]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2016, No. 16, pp. 20-24.

6. Sevastyanova T.A. Sostoyanie immunologicheskogo statusa u detey s oslozhneniyami vaktsinatsii BTsZh/BTsZh-M [Immunological status in children with BCG/BCG-M vaccination complications]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2020, No. 98 (1), pp. 27-34.

7. *Federalnye klinicheskie rekomendatsii po vaktsinoprofilaktike tuberkulyoza u detey* [Федеральные

клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей]. Moscow, GEOTAR-Publ., 2016. 35 p.

8. Shugaeva S.N. Novaya metodika epidemiologicheskoy otsenki intsidentnosti oslozhneniy protivotuberkulyoznoy vaktsinatsii [A New Methodology for Epidemiological Assessment of Incidence of TB Vaccination Complications]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2016, No. 7, pp. 34-37.

ХУЛОСА

У.Ю. Сирочидинова, У.И. Розиков, С.М. Сайдалиев, Ҷ.М. Юсупҷонова
РЕАКСИЯҲОИ МОРФОЛОГИИ РАВАНДИ ИММУНОЛОГӢ ДАР ҲАЙВОНОТИ ТАҶРИБАВӢ, КИ БО ВАКСИНАИ БСЖ ДАР ШАРОИТИ БАЛАНДКӢҲӢ ВА ПАСТКӢҲӢ ҚАРОР ДОРАНД

Мақсад. Омӯзиши тағироти морфологӣ дар гирехҳои лимфавии ҳайвонҳои таҷрибавӣ, ки бо ваксинаи БСЖ дар шароити баландкӯҳӣ ва пасткӯҳӣ эҳкам шудаанд.

Мавод ва усулҳо. Хукчаҳои обии аз вивариуми Лабораторияи марказии илмии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино ҳамчун ҳайвоноти таҷрибавӣ истифода шуданд. Ҳама ҷонварон ба зерӣ пушт бо ваксинаи БСЖ дар миқдори 0,05 мг моддаи хушк дар 0,1 мл маҳлули ҳалқунанда эҳкам карда шуданд. Тафовути тағироти морфологӣ аз гирехҳои лимфавии минтақавии ҳайвонҳои таҷрибавӣ, ки бо БСЖ эҳкам карда шудаанд, дар баланд кӯҳҳо ва пасткӯҳҳо таҳлил карда шуд.

Натиҷаҳо. Ҳайвонот ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: 1 гурӯҳ дар шароити экспедитсионӣ дар баландкӯҳҳои, гурӯҳи 2 - дар кӯҳҳои паст ҷойгир карда шуданд. Пас аз як ҳафтаи эҳкамӣ, гирехҳои лимфавии минтақавӣ дар ҳайвоноти гурӯҳи 1 зиёд шуданд. Озмоиши Манту 1:10 (АТК) мусбат буд - 5 мм. Дар ҳайвоноти гурӯҳи 2, ақсуламалҳои камтар возеҳ аз гирехҳои лимфа қайд карда шуданд. Санҷишҳои туберкулин баробар (2 мм) ва манфӣ буданд. Пас аз 1,5 моҳ, дар ҳайвоноти гурӯҳҳои 1 ва 2 гирехҳои лимфавии минтақавӣ калон ва саҳт шуданд ва афзоиши гурӯҳҳои гарданаки бачадон низ қайд карда шуд. Озмоиши Манту ба ҳисоби миёна 1:10 - дар гурӯҳи аввал 7 мм ва дар гурӯҳи дуюм 12 мм буд.

Хулоса. Дар пасткӯҳҳо дар лимфағадудҳо тағиротҳои махсуси морфологӣ, ки ин азнавсозии сохтори системаи иммуниро нишон медиҳад.. дертар мушоҳида шуданд, сипас манбаҳои калони махсус қисман бо казеоз ташаққул ёфтанд.

Калимаҳои асосӣ: сил, эҳкамӣ, ваксинаи БСЖ, озмоиши Манту, хукчаҳои обӣ.

УДК 616.31+616-089.843, 615.477.2, 616.-007.91:005+617.3+611.716. (575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-83-93

А.А. Хафизов¹, Ш.Р. Султанов^{1,2}

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

¹*Кафедра ортопедической стоматологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»*

²*Стоматологическая клиника «Евродент»*

Хафизов Азиз Абдурахимович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино; Тел.: +992937900033.

Цель исследования. Оптимизация реабилитации беззубых пациентов при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты цефалометрии 126 человек, разделенных на 2 группы в соответствии со скелетными и лицевыми типами с использованием Dentium «Rainbow CT». Сравнивали данные, полученные у пациентов общей группы в процессе протезирования без использования цефалометрии, с данными пациентов основной группы, при диагностике и лечении которых использовалась цефалометрия.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения цефалометрического анализа были выявлены следующие осложнения у обследуемых из общей группы (70 чел.): занижение прикуса – 23,4%; завышение прикуса – 19,3%; сколы и механические повреждения – 7,2%; мышечно-болевыми дисфункции (МБД) – 24,8%; дисфункция ВНЧС – 21,1%. В то же время, в основной группе (56 чел.) эти показатели составили 2,2%, 3,1%, 2,1%, 1,8% и 2,3% соответственно.

Заключение. В результате проведенных исследований методом цефалометрического анализа выявлено, что количество осложнений в основной группе значительно ниже, чем в общей группе, что связано с использованием возможностей цефалометрии в процессе диагностики и планирования лечения ортопедических пациентов.

Автор считает целесообразным использование цефалометрического анализа для лечения и профилактики возможных дальнейших осложнений при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах при полной адентии челюстей.

Ключевые слова: стоматология, протезирование, несъемные конструкции, цефалометрический анализ, имплантат, ортопедия челюстей.

A.A. Khafizov¹, Sh.R. Sultanov^{1,2}

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF CEPHALOMETRIC ANALYSIS IN PROSTHETICS WITH FIXED STRUCTURES ON DENTAL IMPLANTS IN PATIENTS WITH COMPLETE EDENTULISM OF THE JAWS

¹*Department of Orthopedic Dentistry, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan*

²*Dental clinic “Eurodent”*

Khafizov Aziz Abdurakhimovich - candidate for a degree at the Department of orthopedic dentistry of Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992937900033.

Aim. To optimize the rehabilitation of edentulous patients during orthopaedic treatment on dental implants.

Materials and methods. We analyzed the results of cephalometry in 126 patients divided into two groups according to skeletal and facial types using Dentium “Rainbow CT”. We compared the data obtained in the patients of the general group in the process of the prosthesis without using cephalometry with the data of patients of the main group in the diagnosis and treatment of which cephalometry was used.

Results and discussion. The cephalometric analysis revealed the following complications in the study group (70 subjects): underbite - 23.4%; overbite - 19.3%; chips and mechanical damage - 7.2%; muscle pain dysfunction (MPD) - 24.8%; TMJ dysfunction - 21.1%. At the same time, in the main group (56 patients) these indices were 2.2%, 3.1%, 2.1%, 1.8%, and 2.3%, respectively.

Conclusion. As a result of cephalometric analysis studies, the number of complications in the main group was significantly lower than in the general group, which is associated with the use of cephalometry in the diagnosis and treatment planning of orthopaedic patients.

The author considers expedient the use of cephalometric analysis for the treatment and prevention of possible further complications during prosthetics by fixed orthopaedic constructions on dental implants in case of complete mandibular adentia.

Keywords: dentistry, prosthetics, fixed structures, cephalometric analysis, implant, jaw orthopaedics.

Актуальность. Этнографическая детерминация формы и структуры лица давно изучается антропологами. Исследование разнообразных этнических и возрастных групп обоих полов, измерение размера различных частей и регистрация вариаций положения и формы лицевых и черепных структур обусловили разработку широких стандартов, которые описывают человеческую голову [4]. Специализированную часть антропометрии, изучающую голову стали называть «цефалометрией» («краниометрией»).

Сфера цефалометрических анализов и ее дальнейшее развитие способствовало изучению различных скелетных и дентальных соотношений, осуществляющих корреляцию рентгенографических измерений и клинических наблюдений [1]. Сегодня цефалометрические методики используются ортодонтами в процессах планирования лечения, контроля пациента во время лечения, а также для анализа роста и механотерапии после фазы активного лечения [3].

Анализ научных исследований в ортодонтической сфере позволяет утверждать, что выводы, полученные в этих работах, могут быть широко использованы для ортопедической диагностики, планирования лечения и прогноза [1-4].

В то же время, необходимо отметить, что использование цефалометрического анализа актуально и при ортопедическом лечении пациентов с полной адентией с использованием несъемных конструкций на дентальных имплантатах и является важной частью планирования дальнейшего лечения.

Цель исследования. Оптимизация реабилитации беззубых пациентов при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

Материал и методы исследования. Теле-рентгенограмма (ТРГ) – современная диагностическая методика, направленная на получение обзорных рентгеновских снимков без проекционных искажений. При проведении процедуры используются «мягкие» фильтры, что позволяет отобразить костные структуры и мягкие ткани. Результатом является получение точного изображения, соответствующего параметрам объекта исследования. ТРГ позволяет: изучить особенности строения лицевого и мозгового скелета пациента, дать оценку положения зубов относительно базисов челюстей и мягкотканного профиля для уточнения диагноза, плана ортодонтического и ортопедического лечения, а также оценить изменения, произошедшие в результате лечения [4].



а)



б)



в)

Рисунок 1. Оборудование, использованное для обследования

В обследовании использовался конусно-лучевой компьютерный томограф от компании Dentium «Rainbow CT» производства Южной Кореи (рис. 1а) с возможностью телерентгенографии (ТРГ) (рис. 1б, 1в) [5].

Компьютерный томограф «Rainbow CT» дает достаточно широкое поле зрения с системой 3 в 1, которая включает в себя собственно конусно-лучевой компьютерный томограф с возможностью получения панорамных снимков и телерентгено-

графии (ТРГ) с дальнейшим цефалометрическим анализом на прилагаемом программном обеспечении.

Программное обеспечение (ПО) позволяет в короткие сроки сделать цефалометрический анализ полученного ТРГ-снимка, отображенного на рабочем столе ПО (рис. 2).

Выставляя нужные точки на отображенном ТРГ, программное обеспечение самостоятельно создает плоскости и ориентиры. Значения ориенти-

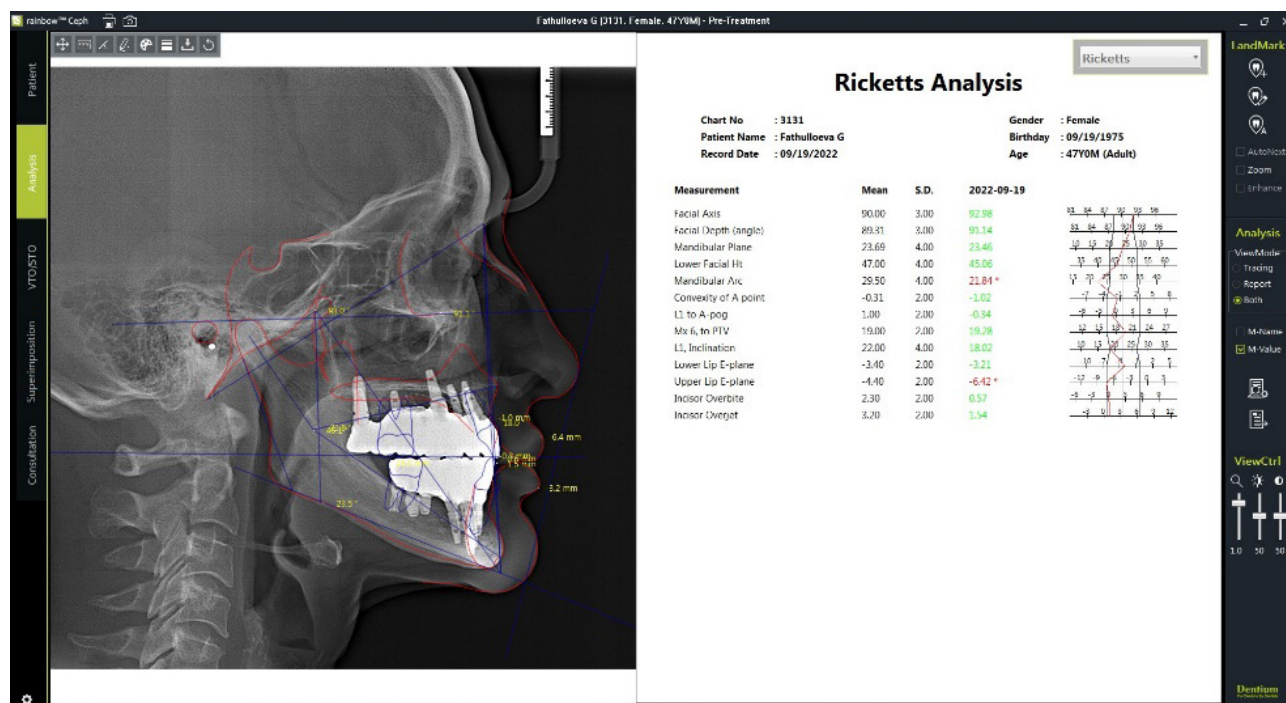


Рисунок 2. Интерфейс программного обеспечения

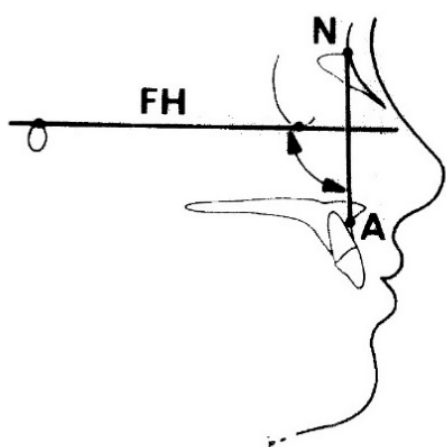


Рисунок 3. Глубина верхней челюсти определяется углом, образованным пересечением линии NA с Франкфуртской горизонтальной плоскостью (FH).

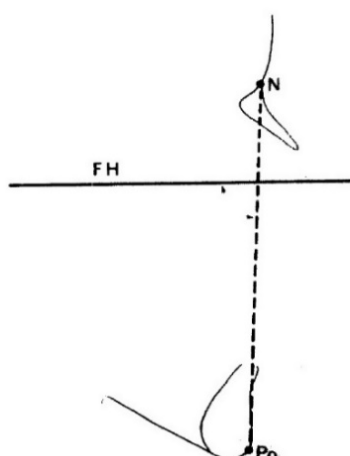


Рисунок 4. Глубина нижней челюсти определяется углом, образованным пересечением линии NPo с Франкфуртской горизонтальной плоскостью (FH).

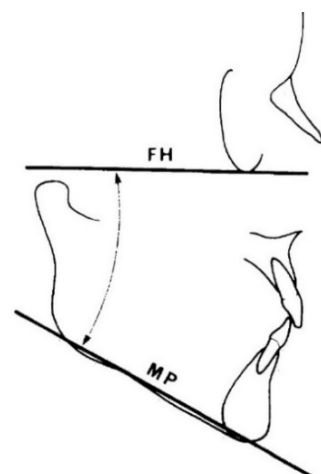


Рисунок 5. Угол плоскости нижней челюсти образуется плоскостью нижней челюсти (MP) и плоскостью Франкфуртской горизонтали (FH).

ров автоматически высчитываются и отображаются на рабочем столе программного обеспечения в виде таблицы и диаграммы. Это намного упрощает и ускоряет процесс цефалометрического анализа в отличие от классической мануальной методики.

Преимуществами данной системы являются: скорость обследования, многофункциональность, визуализация и высокая точность.

Работа с обследуемой группой дает автору возможность получить данные цефалометрического анализа у людей с разным типом строения черепа и лица. В рамках клинического исследования данная группа была разделена на 3 подгруппы, каждая из которых соответствует определенному скелетному и лицевому типу. Возраст обследуемых от 47 до 64 лет.

Разделение пациентов на группы осуществлялось на основе следующих скелетных критериев: глубина верхней и нижней челюстей, угол MP (MPA), высота нижнего отдела лица, взаимоотношение верхней и нижней челюстей [4].

Глубина верхней челюсти (NA по отношению к FH; среднее значение = 90 градусов) (рис. 3).

Угол позволяет определить переднезаднее положение апикального основания верхней челюсти относительно горизонтальной плоскости лица (FH). Большее значение угла, чем в норме, означает, что имеются отклонения по 2-му скелетному классу (ретрогнатия) по причине протрузии средней зоны лица. Угол с меньшим значением, чем в норме, свидетельствует о наличии истинного 3-го класса (прогнатия). Другими словами, больший угол означает, что верхняя челюсть вытянута, а меньший - что уменьшена.

Глубина нижней челюсти (NPo по отношению к FH; среднее значение = 90 градусов) (рис. 4).

Угол указывает на переднезаднее положение самой передней точки нижней челюсти. Угол меньше, чем в норме, обнаруживается при нарушении окклюзии по 2-му скелетному классу с ретрогнатией нижней челюсти. Больший, чем в норме, угол указывает на нарушение окклюзии по 3-ему

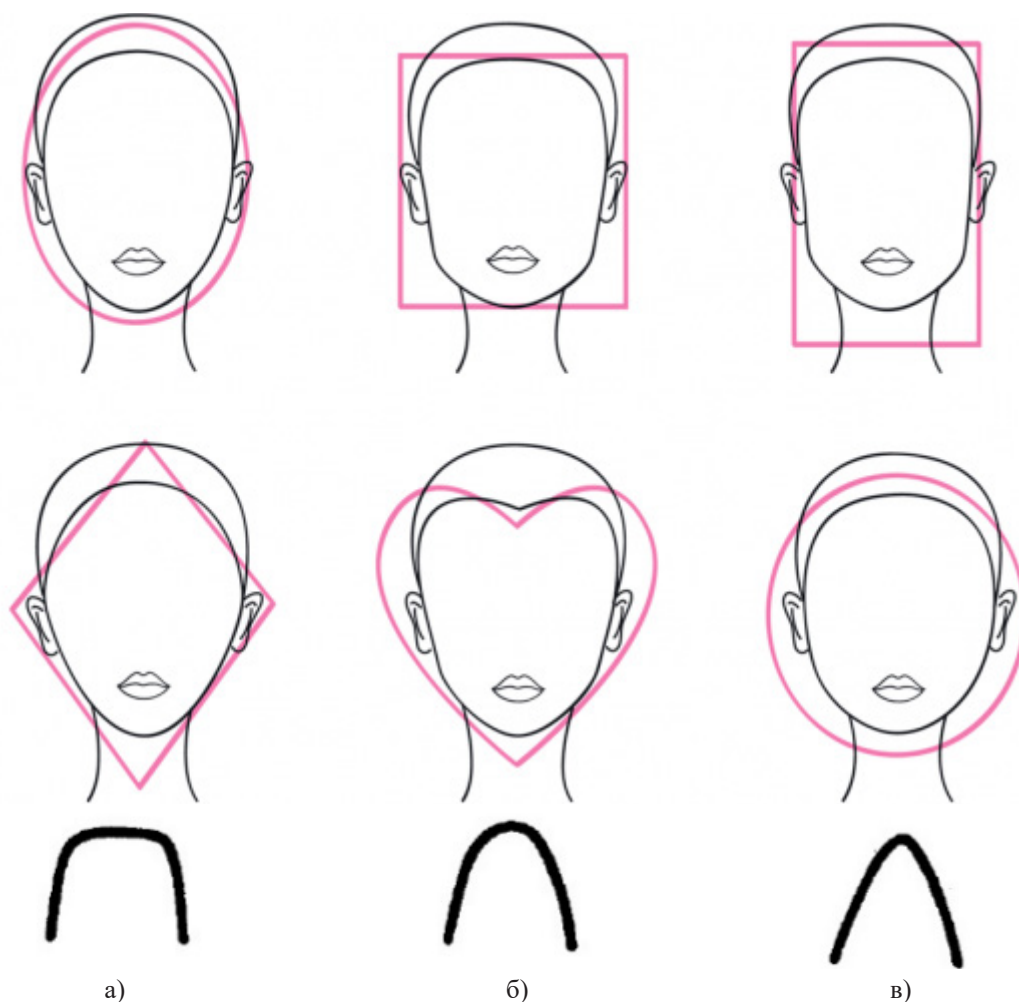


Рисунок 6. Сопоставляются типы лица (сверху и зубных дуг (снизу)).

скелетному классу, который связан с прогнатией нижней челюсти.

Угол (MP по отношению к FH; среднее значение=25 градусов) (рис. 5).

Единственным показателем этого угла является значение вертикальной высоты ветви нижней челюсти. Большее, чем в норме, значение угла свидетельствует о тяжелом нарушении прикуса по 1 подклассу 2 класса из-за неполноценного роста нижней челюсти во всех направлениях. Этот показатель также способствует постановке правильного диагноза врачом-ортопедом при определении типов лица (рис. 6).

По мнению ученых, на этапе диагностики при определении скелетного класса, выявление значения этого угла является весьма важным. Увеличенный (высокий) угол чаще свидетельствует о долихофациальной картине (рис. 6в). Пациенты этого типа имеют узкое, длинное лицо и узкие зубные дуги. Суженные носовые полости и трудность носового дыхания у пациентов обуславливают тенденцию к ротовому дыханию. Пациенты, у которых имеется долихофациальное строение обычно относятся ко 2-му скелетному классу и зубы на несъемной ортопедической конструкции должны моделироваться с соответствующим горизонтальным перекрытием резцов.

Меньший, чем в норме, угол плоскости нижней челюсти (брахифациальный) обычно встречается у пациентов с нарушением прикуса по 2-му скелетному классу, 2-го подкласса (рис. 6а). У таких пациентов отмечается широкое и короткое лицо с соответственно широкой зубной дугой.

Пациенты такого типа больше, чем другие, предрасположены к дисфункции ВНЧС по причине наличия тенденции нижней челюсти к обратному перекрытию, что вызывает мышечный спазм, особенно височных и латеральных крыловидных мышц. Соответственно, важно добиться правильного вертикального размера при ортопедическом лечении с использованием несъемных конструкций на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией челюстей.

Высота нижнего отдела лица (ANS-Xi-PM; среднее значение=47 градусов) (рис. 7)

Угол образовывается пересечением линии от ANS к Xi и PM и при увеличении угла от нормы (долихофациальный) указывает на наличие открытого скелетного прикуса, а при уменьшении угла от нормального значения (брахифациальный) – на глубокий прикус. На наш взгляд, измерение этого угла представляет собой наиболее обоснованный

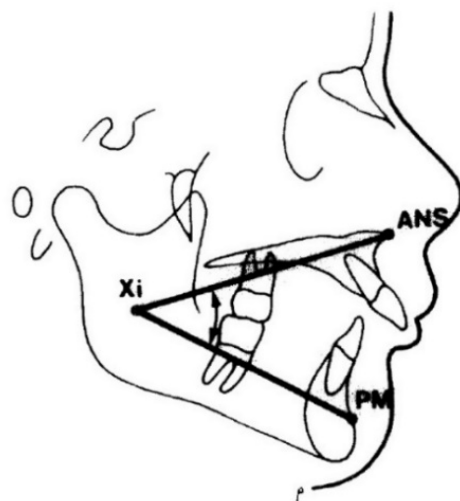


Рисунок 7. Высота нижней трети лица указывает на дивергенцию полости рта.

научный метод определения правильного вертикального размера.

Данное цефалометрическое измерение также, как и фонетический тест, способствуют определению дивергенции относительно вертикального соотношения челюстей. Это соотношение помогает при моделировании и построении зубов на несъемных конструкциях на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией челюстей и позволяет предотвратить возможные проблемы с ВНЧС у пациентов.

Выпуклый профиль на рис. 8а связан с нарушением прикуса по 2 классу (ретрогнатия). Видна протрузия верхней челюсти и ретрогнатия нижней челюсти. Прямой профиль на рис. 8б при окклюзии по 1 классу демонстрирует гармоничное соотношение челюстей. На рис. 8в заметна прогнатическая нижняя челюсть и ретрогнатическая верхняя челюсть при 3 классе (прогнатическом) нарушении окклюзии, создавая вогнутый профиль.

У сформировавшегося взрослого человека среднее значение углов глубины верхней и нижней челюсти составляет 90° . При этом, линия, проведенная от точки N к Pо, будет проходить через точку A, что придает пациенту прямой профиль скелетных и мягких тканей (рис. 8б).

У большинства пациентов прямой профиль наименее проблематичен при ортопедическом лечении из-за гармоничного соотношения между верхней и нижней челюстью. Если точка A располагается впереди от NPo, то профиль пациента будет выпуклым (рис. 8а), а зубные ряды на протезах будут находиться в ретрогнатическом соотношении. Если точка A располагается кзади от NPo,

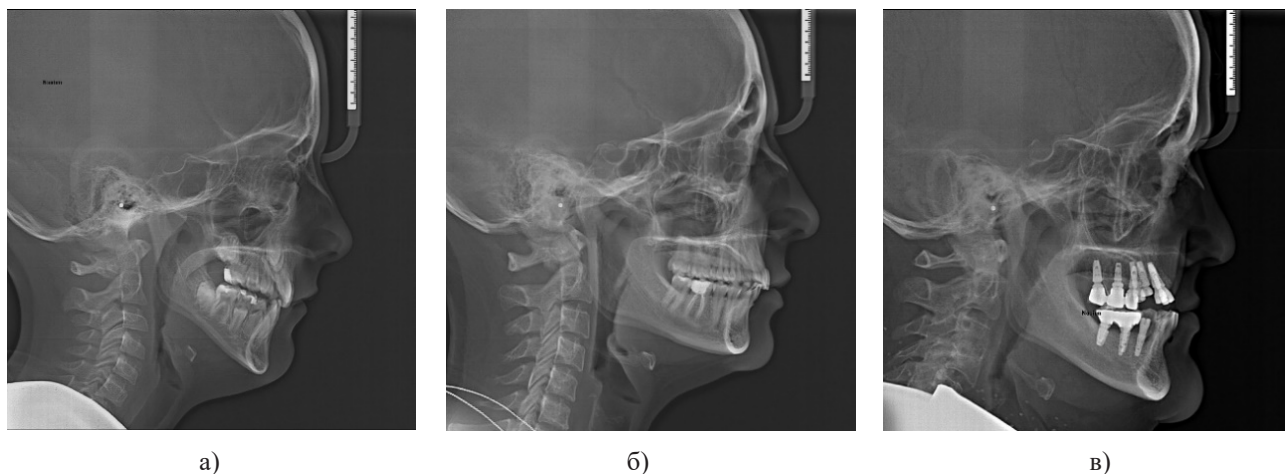


Рисунок 8. Примеры ТРГ при разных скелетно-лицевых классах

соотношение верхней и нижней челюсти будет прогнатическим, а профиль вогнутым (рис. 8в). Зубы на несъемных ортопедических конструкциях на дентальных имплантатах при полной адентии при моделировании должны располагаться в обратном вестибулярно-язычном направлении для обеспечения гармонизации со скелетной и мышечной структурой пациента [4].

На основе приведенных выше параметров для сравнительного анализа были сформированы две группы обследуемых – общая и основная. Общая группа, состоящая из 70 человек, была разделена на 3 подгруппы в соответствии с их скелетным классом.

Данные обследования общей группы показали, что к 1 скелетному классу относится 25,7% пациентов (18 чел.), ко 2 скелетному классу – 42,8% (30 чел.) и к 3 скелетному классу – 31,5% (22 чел.).

Основная группа состояла из 56 человек. Распределение по скелетному классу выглядело следующим образом: 1 класс – 28,6% (16 чел.), 2 класс – 50,0% (28 чел.) и 3 класс – 21,4% (12 чел.).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование позволило получить следующие основные результаты (диагр. 2).

Анализ данных диаграммы 2 показывает, что из общего числа обследованных с использованием цефалометрического анализа в процессе ортопедического лечения доля выявленных осложнений **в общей группе**, с учетом сочетанных осложнений, выглядела следующим образом.

Занижение прикуса отмечено в основном у 22,9% пациентов (16 чел.) с 3 скелетным классом, имеющих прогнатию нижней челюсти. Особенностью данного скелетного класса является более массивный и выраженный передний отдел нижней челюсти, что усложняет процесс выстав-

ления высоты прикуса и нижней трети лица на примерочном этапе. Занижение прикуса связано с увеличением пропорций высоты нижней трети лица относительно двух верхних третей. Также, как и в случае завышения высоты, параметры, выставляемые с учетом лишь антропометрических данных, часто приводят к занижению высоты прикуса и нижней трети лица у пациентов с 3 скелетным классом.

Завышение прикуса выявлено в основном у 18,6% пациентов (13 чел.) со 2 скелетным классом, имеющих ретрогнатию нижней челюсти. Эта особенность затрудняет протезирование на примерочном этапе сопоставления соотношения челюстей во всех плоскостях, особенно в вертикальном соотношении.

При диагностике и лечении пациентов со 2 скелетным классом без использования цефалометрического анализа часть ортопедов полагаются на визуальные и, соответственно, субъективные данные. Выставление завышенных значений высоты прикуса в процессе примерки связано с уменьшением пропорций высоты нижней трети лица относительно двух верхних третей что характерно данному типу пациентов. Параметры, выставляемые с учетом антропометрических данных, часто приводят к завышению высоты прикуса и нижней трети лица у пациентов с данным скелетным классом.

Сколы и механические повреждения на несъемных ортопедических конструкциях на дентальных имплантатах выявлены у 7,1% пациентов (5 чел.), имеющих парафункцию жевательных мышц (бруксизм), вызванный неправильной постановкой высоты окклюзии.

Во 2 скелетном классе сколы и механические повреждения диагностированы во фронтальном

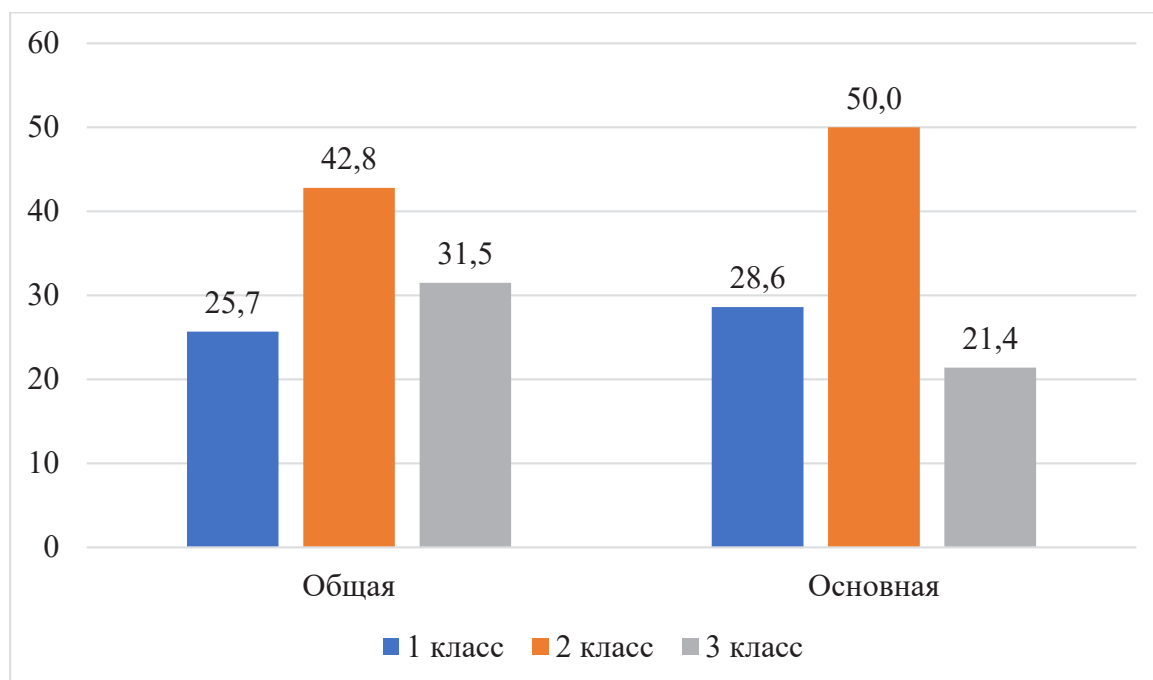


Диаграмма 1. Распределение обследуемых групп по скелетным классам

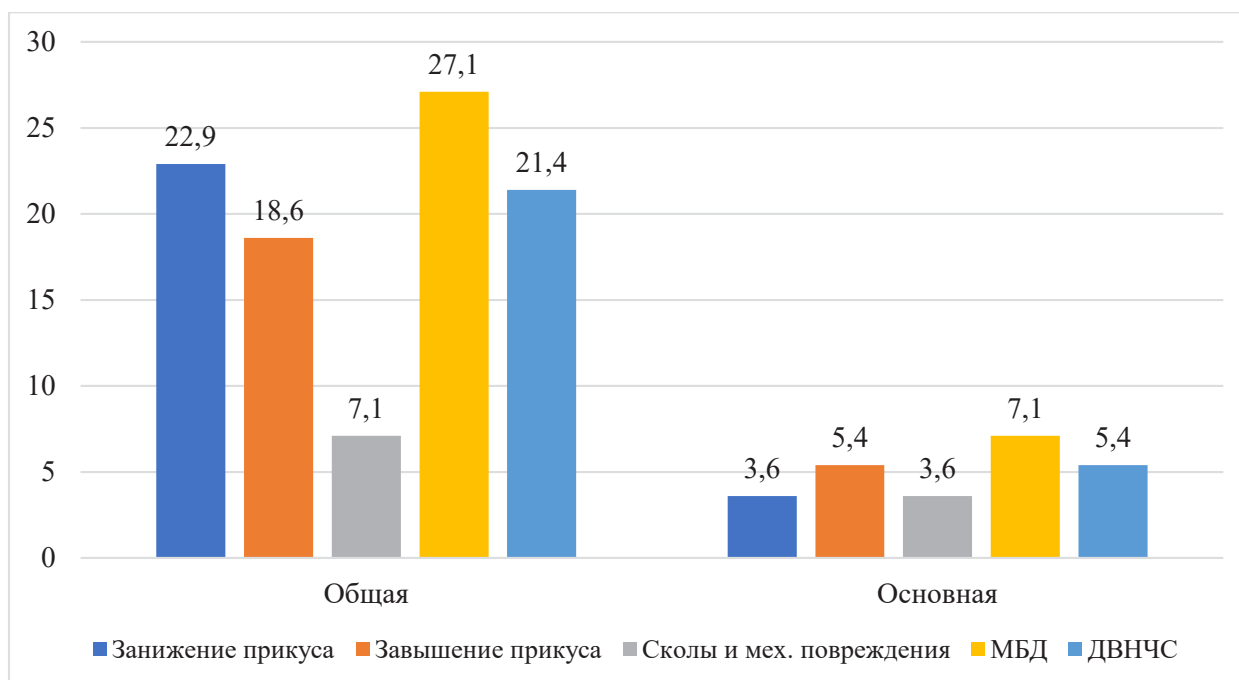


Диаграмма 2. Удельный вес полученных показателей в общем числе исследованных с использованием и без использования цефалометрического анализа, %

отделе, часто, с одной стороны. Эти сколы больше образуются в области бокового резца, нередко в этот процесс включаются центральный зуб или клык.

В 3 скелетном классе сколы на несъемных ортопедических конструкциях диагностированы в боковом отделе, образуясь в области язычных

бугров жевательных зубов на нижней челюсти и на щечных буграх жевательных зубов на верхней челюсти.

Мышечно-болевая дисфункция (МБД) выявлена у 27,1% пациентов (19 чел.), их большое число в общей группе связано с тем, что при неправильной постановке высоты нижней трети лица

при протезировании в первую очередь страдает жевательная мускулатура. Сила жевательного давления, развиваемая мышцей, пропорциональна размерам исходной сокращающейся ткани и зависит от её длины. При занижении или завышении значения высоты нижней трети лица происходит дисбаланс в функционировании жевательных мышц. Это приводит к гипертонусу и образованию триггерных точек, вызывающих МБД.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) выявлена у 21,4% пациентов (15 чел.) и в основном связана с занижением высоты прикуса в боковых отделах челюстей. При этом происходит давление мышечкового отростка на диск в ВНЧС и сдавливание биламинарной зоны. Структурные изменения в ВНЧС наблюдались у пациентов, носивших несъемные ортопедические конструкции на дентальных имплантатах при неправильно выставленной высоте нижнего отдела лица в течение продолжительного времени. Ошибочным в данном процессе является неправильное моделирование и постановка окклюзионной плоскости, выставленных на ортопедической конструкции. В норме ВНЧС и окклюзия функционируют синхронно. После ортопедического вмешательства с неполноценной диагностикой в процессе жевания эта синхронность нарушается, и траектория движения мышечкового отростка в ВНЧС не совпадает с рельефами ортопедической конструкции. Это со временем вызывает деструктивные процессы в тканях ВНЧС, что приводит к его дисфункции.

В основной группе полученные данные выглядят следующим образом.

Занижение прикуса выявлено у 3,6% пациентов (2 чел.) и находилось в пределах допустимой нормы цефалометрического анализа и было связано с эстетическими требованиями пациентов. Во время диагностики и планирования лечения, основное внимание уделялось небольшим размерам зубов на изготавливаемых несъемных ортопедических конструкциях.

Завышение прикуса – 5,4% пациентов (3 чел.) – находилось в пределах допустимой нормы цефалометрического анализа. Это связано с особенностями плотности альвеолярной кости челюстей пациентов и дистальной установкой дентальных имплантатов в альвеолярной дуге на хирургическом этапе. На этапе протезирования требовался индивидуальный подход, который учитывался при дальнейшем моделировании зубной дуги в техни-

ко-лабораторных этапах изготовления несъемной ортопедической конструкции;

Сколы и механические повреждения – 2,7% (2 чел.), были связаны с вредными привычками пациентов, в виде перекусывания нитки, раскалывания фисташек и семечек, при которых в дальнейшем появлялись трещины, приводящие к сколу.

Мышечно-болевые дисфункции (МБД) – 7,1% (4 чел.), выявленные у пациентов данной группы были связаны с имеющимся у них бруксизмом. В таких случаях пациентам назначались ночные защитные каппы для профилактики скола на несъемной ортопедической конструкции.

Проблемы с дисфункцией ВНЧС – 5,4% (3 чел.). Были следствием уже имеющихся структурных изменений в ВНЧС у пациентов до их ортопедической реабилитации.

Приведем пример результата клинического обследования из общей группы с ортопедическим вмешательством без использования цефало-метрического анализа в процессе проведенной диагностики и протезирования.

Пациентка Н., 52 года. На рисунке 10 видно завышение прикуса. Анализ данных в приведенном клиническом случае показывает, что высота нижней трети лица является завышенной для данного скелетного класса, что создает мышечное напряжение вокруг рта, головы и шеи, заметное на ТРГ-снимке.

В ходе обследования и опроса пациентки было выявлено ДВНЧС с левой стороны с сопутствующими характерными симптомами МБД.

Пример результата клинического обследования из основной группы с ортопедическим вмешательством с использованием цефалометрического анализа в процессе проведенной диагностики и протезирования.

Пациентка Г., 49 лет. Значение угла плоскости нижней челюсти (МР по отношению к FH) данной пациентки больше, чем в норме, что соответствует 1 подклассу 2 класса. Адентия является последствием тяжелых нарушений в прикусе из-за неполноценного роста нижней челюсти во всех направлениях. В данном случае после установки имплантатов в период ортопедического планирования и лечения особое внимание следовало уделить именно углу плоскости нижней челюсти и высоте нижней трети лица, так как ошибки в подобных ситуациях из-за особого анатомического строения нижней челюсти встречаются довольно часто.

Данный клинический случай является хорошим примером того, что цефалометрический ана-

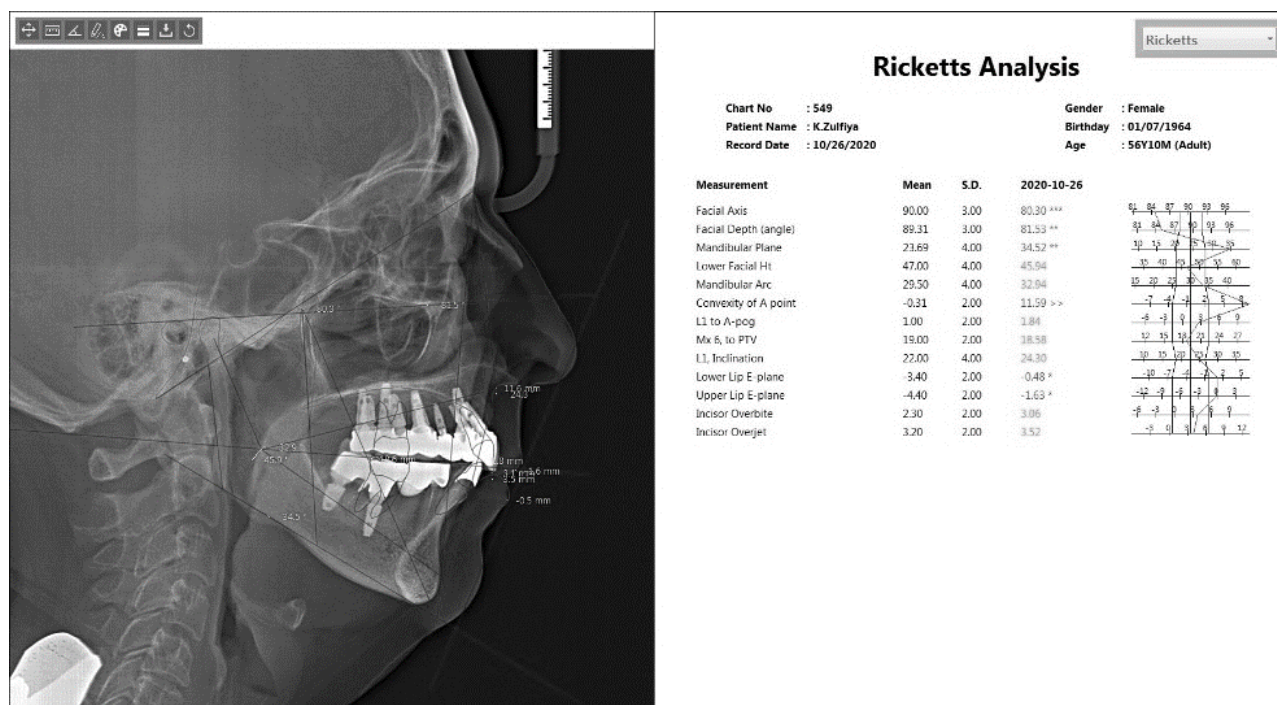


Рисунок 9. Цефалометрический анализ пациентки из общей группы

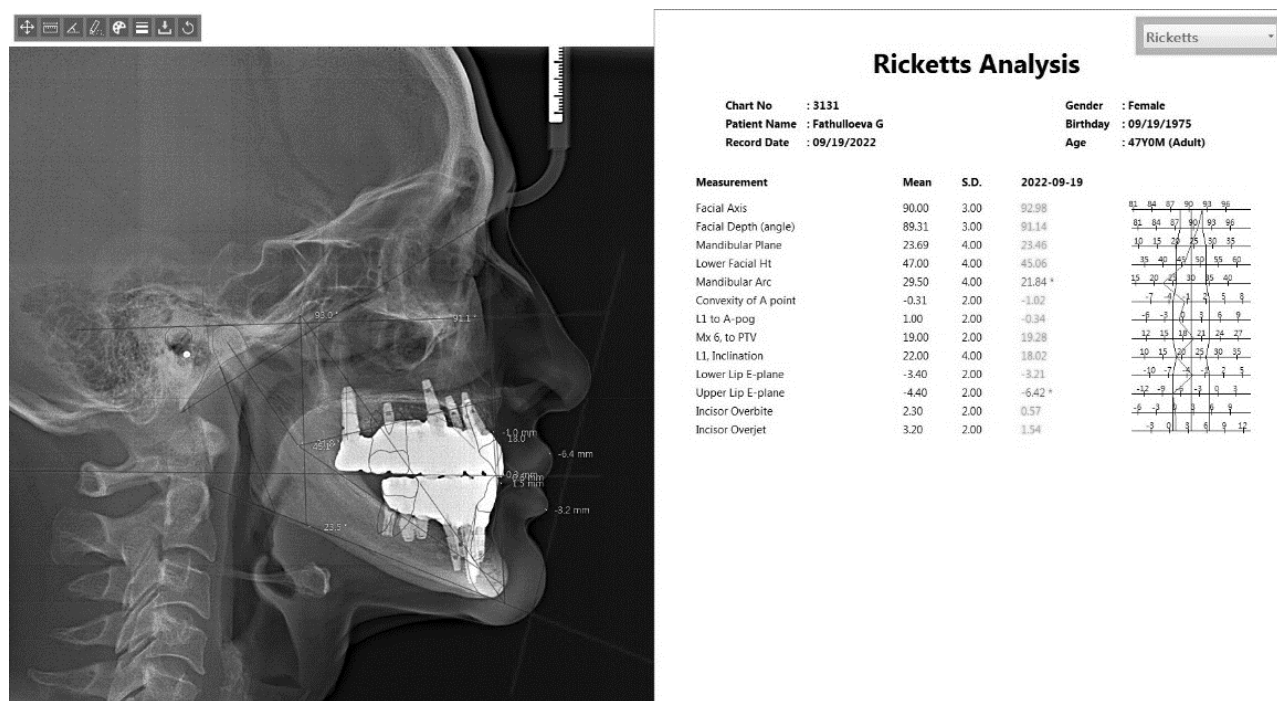


Рисунок 10. Цефалометрический анализ пациентки из основной группы

лиз представляет собой важный и необходимый диагностический инструмент для планирования лечения, и профилактики дальнейших осложнений в ортопедической стоматологии.

Выводы.

1. Проведенное исследование позволило выявить, что из общего числа обследованных с использованием цефалометрического анализа в про-

цессе ортопедического лечения доля выявленных осложнений в общей группе составило: занижение прикуса – 22,9%, завышение прикуса – 18,6%, сколы и механические повреждения, связанные с неправильной постановкой высоты прикуса – 7,1%, мышечно-болевые дисфункции (МБД) – 27,1% и проблемы с дисфункцией ВНЧС – 21,4%. В ос-

новной группе эти показатели составляют 3,6%, 5,4%, 3,6%, 7,1% и 5,4%, соответственно.

2. Выявлена взаимосвязь занижения или завышения прикуса и имеющихся дисфункций жевательного аппарата пациентов, приводящая к дальнейшим осложнениям.

3. Таким образом обнаруженные в процессе исследования явные различия в показаниях двух групп, полученных с использованием и без использования цефалометрии, в очередной раз доказывает важность и значимость проведения данного вида диагностики во время ортопедического лечения несъёмными конструкциями на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меграбян О.А. Клинико-рентгенологические формы нижнечелюстной микро- и ретрогнатии / О.А. Меграбян // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27435> (дата обращения: 17.09.2022).

2. Ряховский А.Н. Определение высоты прикуса по результатам цефалометрического анализа боковой телерентгенограммы / А.Н. Ряховский, Д.Н. Дедков, Р.Ш. Гветадзе, Е.А. Бойцова // Стоматология. - 2017. - №2. - С. 56-63.

3. Шишкин К.М. Эффективность цефалометрии в планировании ортодонтической коррекции: взаимосвязь между цефалометрическими параметрами и их изменениями в результате ортодонтического лечения. В 2-х ч. / К.М. Шишкин, О.И. Арсенина, М.К. Шишкин, Н.В. Попова - М.: Стоматология, 2017. - 358 с.

4. Cephalometric method for orthopedic diagnosis and treatment planning // Journal of Prosthetic Dentistry, - Vol. 56. Issue 5. Pp. 567-574. URL: <https://www.dental-revue.ru/index.php?page=03&subPage=01&artId=68&artNum=3> (дата обращения: 19.09.2022). <https://www.medicalexpo.ru/prod/dentium/product-72062-662502.html>

REFERENCES

1. Megrabyan O.A. Kliniko-rentgenologicheskie formy nizhnechelyustnoy mikro- i retrognatii [Clinical and radiological forms of mandibular micro- and retrognathia]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2018, No. 1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27435> (data obrashcheniya: 17.09.2022).

2. Ryakhovskiy A.N. Opredelenie vysoty prikusa po rezultatam tsefalometricheskogo analiza bokovoy telerentgenogrammy [Bite height determination based on cephalometric analysis of lateral telerradiographs]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2017, No. 2, pp. 56-63.

3. Shishkin K.M. *Effektivnost tsefalometrii v planirovani ortodonticheskoy korrektsii: vzaimosvyaz mezhdu tsefalometricheskimi parametrami i ikh izmeneniyami v rezultate ortodonticheskogo lecheniya. V 2-kh ch.* [Effectiveness of cephalometry in the planning of orthodontic correction: the relationship between cephalometric parameters and their changes as a result of orthodontic treatment. In 2 volumes.]. Moscow, Stomatologiya Publ., 2017. 358 p.

4. Cephalometric method for orthopedic diagnosis and treatment planning. *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 56, No. 5, pp. 567-574. URL: <https://www.dental-revue.ru/index.php?page=03&subPage=01&artId=68&artNum=3> (data obrashcheniya: 19.09.2022).

5. *Panoramnyy rentgenovskiy apparat rainbow™CT* [Rainbow™CT Panoramic X-Ray Machine]. 2022. URL: <https://www.medicalexpo.ru/prod/dentium/product-72062-662502.html>

ХУЛОСА

А.А. Ҳафизов, Ш.Р. Султонов

ИСТИФОДАИ САМАРАНОКИ ТАҲЛИЛИ СЕФАЛОМЕТРӢ ДАР ПРО- ТЕЗ БО СОХТОРҲОИ СОБИТ ДАР ИМПЛАНТАТҲОИ ДАНДОНПИЗИШКӢ ИСТИФОДАБАРАНДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ДАНТУЛИЗМИ ПУРРАИ ДАҲОН

Мақсади омӯзиш. Оптимизатсияи барқарорсозии беморони бедандон ҳангоми табobati ортопедӣ дар имплантатҳои дандонпизишкӣ.

Мавод ва усул. Натиҷаҳои сефалометрии 126 нафарро бо истифода аз Dentium «Rainbow CT» аз рӯи намудҳои скелет ва рӯй ба 2 гурӯҳ тақсим карданд. Маълумотхое, ки дар беморони гуруҳи умумӣ дар раванди протезкунӣ бе истифодаи сефалометрия гирифта шудаанд, бо маълумоти беморони гуруҳи асосӣ, ки дар таҳхис ва муолиҷаи онҳо сефалометрия истифода шудааст, муқоиса карда шуд.

Натиҷаҳо. Пас аз таҳлили сефалометрӣ дар беморони гуруҳи умумӣ (70 нафар) мушқилиҳои зерин муайян карда шуданд: пастшавии ғазад - 23,4%, баландшавии ғазад - 19,3; шикастан ва зарари механикӣ - 7,2%; вайрон шудани ғабӯлияти мушакҳо (MBD) – 24,8%; вайрон шудани ғабӯлияти муштаракҳои temporomandibular - 21,1%. Дар баробари ин дар гурӯҳи асосӣ (56 нафар) ин нишондодҳо 2,2%; 3,1%; 2,1%; 1,8 фоиз ва 2,3 фоизро ташкил дод.

Хулоса. Дар натиҷаи тадқиқотҳое, ки бо усули таҷлили сефалометрӣ гузаронида шудаанд, маълум гардид, ки шумораи мушкилиҳои гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи умумӣ хеле кам аст, ки ин бо истифодаи имкониятҳои сефалометрия дар ҷараён алоқаманд аст. Ташхис ва банақшагирии муолиҷаи беморони ортопедӣ.

Муаллиф истифода бурдани таҳлили сефалометриро барои табобат ва пешгирии мушкилиҳои минбаъда дар протези бо сохторҳои собит ортопедӣ дар имплантатсияҳои дандонпизишкӣ бо даҳони пурраи дандоншуда ба мақсад мувофиқ медонад.

Калимаҳои калидӣ: стоматология, протезсозӣ, сохторҳои устувор, таҳлили сефалометрӣ, имплантатсия, ортопедияи ҷоғ.

УДК: 616.13.002-002.77-079.4-07

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-93-100

С.С. Холов^{1,2}

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

²Кафедра терапии и кардио-ревматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Холов Сайфиддин Сайфуллоевич – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», заведующий ревматологическим отделением НМЦ «Шифобахи»

Цель исследования. Представить диагностические критерии болезни Бехчета и её частоту в структуре системных васкулитов.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужила медицинская документация 101 больных, с подозрением на болезнь Бехчета, которые были направлены в ревматологическое отделение Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахи» за период 2017-2022 гг. Кроме того, собрана информация о специальности направляющего лечащего врача, сроки обращения к ревматологу, демографические данные, включая возраст, пол и этническую принадлежность. Был получен полный анамнез текущих симптомов, которые включали фенотип, тяжесть и продолжительность симптомов, а также семейный анамнез болезни Бехчета. Впоследствии все пациенты были обследованы группой мультидисциплинарных экспертов, включая ревматологов, дерматологов и офтальмологов. Всем пациентам был проведен тест Pathergy.

Результаты исследования и их обсуждение. Из общего списка направленных больных (n=101) 54 (53,5%) женщины и 47 (46,5%) – мужчины. Терапевты были наиболее распространенной специальностью лечащих врачей (33,7%) направляющих пациентов с подозрением на болезнь Бехчета, за ней следовали стоматологи (18,8%), офтальмологи (16,8%) и ревматологи (12,9%). Наиболее частым симптомом, по поводу которого направлены пациенты, были поражения полости рта у 85,1%, за которыми следовали поражения глаз у 31,7%, поражения половых органов у 22,8%. Из 101 пациентов у 42,6% была диагностирована болезнь Бехчета, 18,8% имели вероятный диагноз, и у 38,6% пациентов диагноз был исключен. У пациентов с недиагностированной болезнью Бехчета наиболее часто наблюдались простые афтозные поражения - 23,1%, за ней следовал красный плоский лишай - 4 (10,3%) случая, и изолированное поражение глаз у 3 (7,7%) пациентов.

Заключение. Болезнь Бехчета может имитировать ряд болезненных процессов, поскольку проявляется неспецифическими изменениями в нескольких системах и органах. Комплекс симптомов, собранных воедино и тщательно собранный анамнез в конечном итоге приводит к окончательному диагнозу. Результаты данного исследования могут быть использованы ревматологами, которые ежедневно сталкиваются с пациентами с высокой вероятностью ББ и атипичными проявлениями. При этом альтернативные диагнозы, установленные в этом исследовании, могут быть использованы в качестве списка наиболее распространенных дифференциальных диагнозов - системных васкулитов.

Ключевые слова: васкулит, болезнь Бехчета, афтозный стоматит, глазные поражения, генитальный афтоз, кожные проявления

S.S. Kholov^{1,2}

CHARACTERIZATION OF THE DIAGNOSTIC CRITERIA FOR BEHCET'S DISEASE

¹SI «Tajik Research Institute of Preventive Medicine»

²Department of therapy and cardio- rheumatology SEI «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Kholov Sayfiddin Sayfulloevich - Candidate at the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, Head of the Rheumatology Department of the National Medical Center “Shifobakhsh

Aim. To present the diagnostic criteria for Behcet's disease and its frequency in the structure of systemic vasculitis.

Materials and methods. The material for the study was the medical documentation of n=101 patients with suspected BD who were referred to the rheumatology department of the NMC “Shifobakhsh” for the period of 2017-2022. Information was collected on the speciality of the referring physician, and demographic data were recorded, including age, gender, and ethnicity. A complete history of current symptoms was obtained, which included the type, severity, and duration of symptoms, as well as a family history of BD. Subsequently, all patients were examined by a group of multidisciplinary experts, including rheumatologists, dermatologists and ophthalmologists. All patients underwent the Pathergy test.

Results. Of the total list of referred patients, 54 (53.5%) were women, and 47 (46.5%) were men. General practitioners were the most common speciality of attending physicians (33.7%) referring patients with suspected BD, followed by dentists (18.8%), ophthalmologists (16.8%) and rheumatologists 12.9%. The most common symptom referred for was oral lesions in 85.1%, followed by eye lesions in 31.7% and genital lesions in 22.8%. Out of 101 patients, 42.6% were diagnosed with BD, 18.8% had a probable diagnosis, and in 38.6% of patients, BD was ruled out. In patients who did not receive a diagnosis of BD, simple aphthous lesions were most common in 23.1%, followed by lichen planus in 4 (10.3%) and isolated eye involvement in 3 (7.7%).

Conclusion. BD can mimic several other disease processes as it manifests itself through non-specific changes in several organ systems. A constellation of findings put together eventually leads to a diagnosis. The results of this study can be used by rheumatologists who deal daily with patients with a high probability of BD and atypical manifestations. However, the alternative diagnoses established in this study can be used as a list of the most common differential diagnoses for systemic vasculitis.

Keywords: vasculitis, Behcet's disease, aphthous stomatitis, ocular lesions, genital aphthosis, skin manifestations

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) – воспалительная васкулопатия с мультисистемным поражением. Клиническое течение обычно ремиттирующее с гетерогенными клиническими проявлениями [1, 3]. Несмотря на обширные исследования, посвященные основным механизмам ББ, нам еще предстоит пройти долгий путь, чтобы понять сложность болезни Бехчета. Хотя этиология неизвестна, наблюдается сильная корреляция с человеческими лейкоцитарными антигенами, особенно с HLA-B51 [4, 7]. Болезнь Бехчета зарегистрирована во всем мире, но ее распространенность особенно высока на Ближнем Востоке, Дальнем Востоке и в Средиземноморье. ББ также называют «болезнью Шелкового пути», что подтверждает тот факт, что самая высокая заболеваемость ББ была зарегистрирована на этом древнем пути. В Турции самая высокая распространенность ББ, за ней следуют Иран, Саудовская Аравия, Ирак, Израиль, северный Китай и Корея [4, 6].

Патогномоничных лабораторных тестов для диагностики ББ не существует, поэтому диагноз ставится на основании клинических критериев. Клинические проявления ББ неоднородны и могут поражать практически все системы и органы [2, 4, 5]. Впервые ББ был описан как дерматологическое

заболевание, при этом кожно-слизистые поражения являются его отличительными признаками. Однако глазные, сердечно-сосудистые, суставные, неврологические и желудочно-кишечные проявления также распространены и могут присутствовать одновременно или нет, что усложняет постановку диагноза [2, 7-9]. Международные критерии болезни Бехчета (ICBD) были созданы в результате сотрудничества экспертов из 27 стран для решения диагностической дилеммы и устранения недостатков предыдущих критериев [2, 6]. Один из уроков этих совместных усилий заключается в том, что, хотя критерии ICBD очень чувствительны и специфичны, все еще существуют различия в клинических проявлениях заболевания среди этнических групп и стран.

Васкулит поражает несколько органов, включая кожу, суставы, глаза, слизистую оболочку, вены, артерии, нервную и желудочно-кишечную системы и другие [6, 7]. ББ обычно имеет запоздалую диагностику и как правило практикующие терапевты сталкиваются с трудностями в своевременные постановки диагноза [4, 5]. Пациенты с системными васкулитами могут иметь различные, а иногда и нетипичные проявления, что усложняет диагностический подход. Существует пробел в знаниях о гетерогенности и многогранности

системных васкулитов и поэтому мы провели исследования, чтобы охарактеризовать клинические проявления пациентов, направленных в специализированное ревматологическое отделение, и определить дифференциально-диагностические критерии ББ в структуре системных васкулитов.

Цель исследования. Представить диагностические критерии болезни Бехчета и её частоту в структуре системных васкулитов.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации (данные пациентов), направленных в клинику с предварительным диагнозом ББ за период 2017-2022 гг. Ревматологическое отделение НМЦ «Шифобахш» является единственным центром, куда направляются пациенты со всей страны с подозрением на диагноз ББ и осматриваются главными специалистами в области ревматологии. Всего подверглись анализу медицинская документация 101 больного, с подозрением на ББ.

Критерии включения: первичное направление от врачей и полные записи о последующем наблюдении, по крайней мере, до тех пор, пока диагноз не будет подтвержден или исключен. Был получен полный анамнез текущих симптомов, которые включали фенотип, тяжесть и продолжительность симптомов, а также семейный анамнез ББ. Впоследствии все пациенты были обследованы группой мультидисциплинарных экспертов, включая ревматологов, дерматологов и офтальмологов. Всем пациентам был проведен тест Pathergy. Для постановки диагноза ББ использовались критерии ICBBD 2014 г. (табл. 1).

Пациенты с оценкой <3 считались не имеющими ББ. Оценка 3 считалась вероятной ББ, а оценка ≥4 указывала на окончательный диагноз ББ. тест Pathergy не является обязательным. При проведении теста патергии за положительный результат может быть добавлен 1 дополнительный балл.

Таблица 1

Международные критерии для системы оценки болезни Бехчета

Признак / Симптом	Баллы
Глазные поражения	2
Генитальный афтоз	2
Оральный афтоз	2
Поражения кожи	1
Неврологические проявления	1
Сосудистые проявления	1
Положительный тест на патергию	1

Результаты исследования и их обсуждение. Общая характеристика обследуемых больных с подозрением на ББ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Общая характеристика обследуемых пациентов с подозрением на ББ (n=101)

Показатели	Abs	%
Женщины	54	53,5
Мужчины	47	46,5
Этническая принадлежность:		
– смешанные (узбеки+таджики)	39	38,6
– узбеки	27	26,7
– таджики	23	22,8
– афганцы	6	5,9
– араб	2	1,9
– другие национальности	4	3,9
Средний возраст, лет (M±m)	38,4±12,8	
ИМТ, кг/м ² (M±m)	27,2±4,5	

Из общего списка направленных больных 54 (53,5%) женщины и 47 (46,5%) – мужчины. Наиболее распространенной этнической принадлежностью среди пациентов были смешанные (узбеки+таджики) – 38,6%, за ним следовали узбеки – 26,7%, таджики – 22,8%, афганцы – 5,9% и арабы – 1,9%. Другие национальности составляли 3,9%. Средний возраст направленных пациентов составил 38,4 года (диапазон от 10 до 74 лет, стандартное отклонение 12,8).

В таблице 3 представлены данные о специальности направляющих врачей пациентов с подозрением на ББ.

Таблица 3

Специальность врачей направляющих пациентов с подозрением на ББ

Специальность врачей	Общее количество больных (n=101)	
	Abs	%
Терапевты	34	33,7
Стоматологи	19	18,8
Офтальмологи	17	16,8
Ревматологи	13	12,9
Гинекологи	6	5,9
Урологи	8	7,9
Дерматологи	4	3,9

Примечание: % от общего количества больных

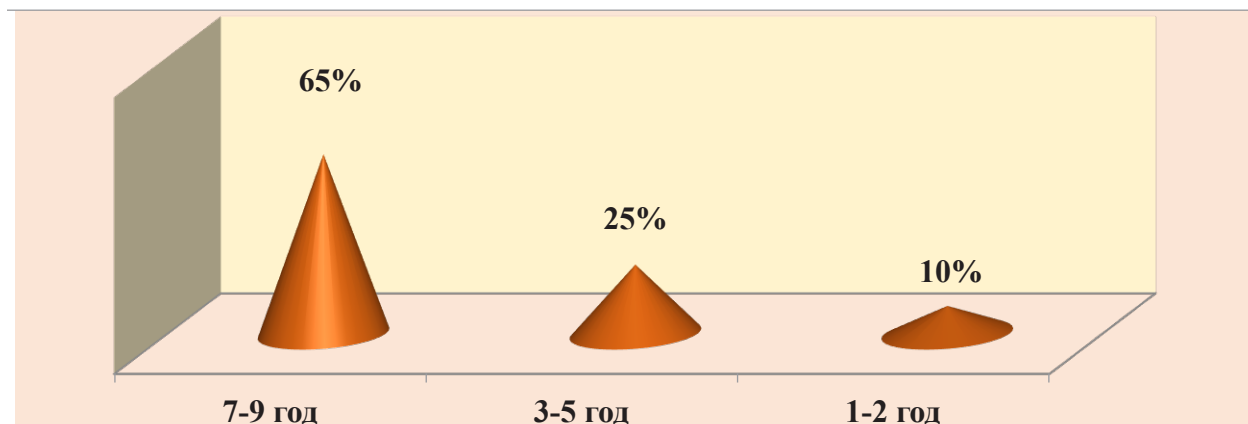


Рисунок 1. Сроки обращения от начала заболевания к ревматологу, будучи на учёте узких специалистов

Как видно из данных таблицы терапевты были наиболее распространенной специальностью лечащих врачей (33,7%) направляющих пациентов с подозрением на ББ, за ней следовали стоматологи (18,8%), офтальмологи (16,8%) и ревматологи (12,9%). Направляющие врачи чаще всего работали в амбулаториях и центрах (86%). К ревматологам, как правило больные направляются в поздние стадии и анализ сроков первичного обращения показал, что 65,3% больных обращаются к ревматологу в диапазоне 7-9 лет (рис. 1).

Учитывая отсутствие окончательных диагностических лабораторных и гистопатологических тестов на заболевание, диагноз ставится исключительно на основании клинических данных. Различные диагностические критерии, используемые при диагностике этого заболевания, обычно включали поражения слизистых оболочек, кожные поражения и положительный результат теста на патологию. Наиболее широко используемый набор диагностических критериев был установлен Международной исследовательской группой по критериям ББ. В связи с вышеизложенным нами проведен тщательный анализ первичных симптомов направленных больных с подозрением на ББ (табл. 4).

Наиболее частым симптомом, по поводу которого были направлены пациенты, были поражения полости рта (85,1%), за которыми следовали поражения глаз (31,7%), поражения половых органов (22,8%), кожные проявления (18,8%), боли в спине (10,9%), поражение суставов (8,9%) и поражение ЖКТ (4,9%).

Пациенты имели симптомы в среднем в течении 91,7 месяцев (диапазон от 10 дней до 408 месяцев, стандартное отклонение 94,2 месяца) до посещения нашего центра. Для пациентов с множественными симптомами использовалась про-

должительность их самых ранних симптомов. 11 (10,9%) пациентов имели семейный анамнез ББ и других ревматических заболеваний, а 31 пациент (30,7%) имели семейный анамнез рецидивирующего афтоза полости рта.

В последствии все пациенты были обследованы группой мультидисциплинарных экспертов ББ, включая ревматологов, дерматологов и офтальмологов. Было проведено тщательное и систематическое обследование на предмет кожно-слизистых поражений, глазных, суставных, сердечно-сосудистых и неврологических поражений. Суставные

Таблица 5

Результаты медицинского осмотра и данных анамнеза при первичной оценке

Симптом /Лабораторный тест	Abs	%
Оральные поражения (чаще всего: ≤ 3 круглых очага губ размером 1-5 мм)	92	91,1
Глазные поражения (наиболее частой патологией был задний увеит, за ним следовал передний увеит)	52	51,5
Поражения половых органов	49	48,5
Суставное поражение (механическая боль в суставах встречается чаще, чем воспалительный артрит)	22	21,8
Желудочно-кишечный тракт (наиболее частым симптомом была диарея, за ней следовали тошнота и ректоррагия)	26	25,7
Неврологические проявления	36	35,6
Кожные проявления (узловатая эритема, псевдофолликулит)	34	33,7
Сердечно-сосудистые	18	17,8
Положительная реакция Патергии	28	27,7

Примечание: % от общего количества больных

симптомы дополнительно оценивались с помощью целенаправленного физического обследования и, при необходимости, рентгенограмм, чтобы различать различные этиологии. Всем пациентам был проведен тест Pathergy.

Результаты осмотра и данных анамнеза при первичной оценке пациентов (n=101) представлены в табл. 5.

Как видно из данных таблицы в тройку наиболее частых признаков входят оральные поражения (91,1%) (чаще всего: ≤ 3 круглых очага губ размером 1-5 мм), глазные поражения (51,2%) и поражения половых органов (48,5%). Неврологические и кожные проявления наблюдались почти у каждого третьего больного 35,6% и 33,7% соответственно. Суставные и желудочно-кишечные симптомы встречались с частотой 21,8% и 25,7% соответственно. Оценка по критериям ICBD для постановки диагноза ББ у больных с подозрением на ББ представлен в табл. 6.

Таблица 6

Оценка по критерии ICBD для постановки диагноза ББ

Оценка ББ (баллы)	Общее количество больных (n=101)	
	Abs	%
<3 балла	39	38,6
3 балла	19	18,8
≥ 4 балл	43	42,6

Примечание: % от общего количества больных

Наши результаты показали, что у 42,6% была диагностирована ББ, 18,8% имели вероятный диагноз, и была исключена у 38,6% пациентов. Реалии таковы, что существуют ряд заболеваний, для которых характерно полисиндромность – поражение кожи, слизистых, глаз, внутренних органов и суставов. Окончательные диагнозы пациентов, у которых была исключена ББ, перечислены в табл 7.

Таблица 7

Окончательный диагноз у пациентов, у которых был исключен диагноз болезни Бехчета (n=39)

Диагностика	Кол-во пациентов (n=39)	
	Abs	%
Простые афтозные поражения	9	23,1
Красный плоский лишай	4	10,3
Изолированное поражение глаз	3	7,7

Пузырчатка	2	5,1
Болезнь Крона	1	2,6
Географический язык	1	2,6
Простой герпес	1	2,6
Альтернативный диагноз поставлен не был	18	46,2

Примечание: % от общего количества больных

Как видно из данных таблиц у пациентов которых не был поставлен диагноз ББ, наиболее часто встречались простые афтозные поражения (9 - 23,1%), за ней следовал красный плоский лишай (4 - 10,3%) и изолированное поражение глаз (3 - 7,7%). Следует отметить, что у 18 (46,2%) пациентов в группе без ББ мы не установили окончательный диагноз.

Таблица 8

Сравнительная характеристика больных с ББ и без ББ

Показатели	с ББ (n=62)		без ББ (n=39)		p
	Abs	%	Abs	%	
Женщины	24	38,7	28	27,7	> 0,05
Мужчины	38	61,3	11	10,9	> 0,05
Семейный анамнез орального афтоза	22	35,4	9	23,1	<0,001
Семейный анамнез ББ	10	16,1	1	2,6	<0,001
Продолжительность симптомов	7 $\pm$ 3,4		6 $\pm$ 3,7		= 0,58
Средний возраст, лет	31,6 $\pm$ 7,2		33,7 $\pm$ 7,8		> 0,05
ИМТ, кг/м ²	27,2 $\pm$ 4,5		26,9 $\pm$ 4,7		> 0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U критерию Манна-Уитни)

Далее мы сочли необходимым (после применения критериев ICBD) провести сравнительную оценку пациентов с определенным диагнозом ББ (61,4%), и пациенты, у которых был исключен диагноз ББ (38,6%) (табл. 8).

Не было значительных различий между двумя группами с точки зрения возраста, пола и веса (все значения p>0,05). Продолжительность симптомов также была одинаковой между группами (p=0,58).

Пациенты в группе ББ имели значительно более высокую распространенность семейного анамнеза ББ 16,1% по сравнению с подгруппой без

ББ 2,6% ($p<0,001$). У них также была значительно более высокая распространенность семейного анамнеза орального афтоза 35,4% по сравнению с группой без ББ 23,1% ($p<0,001$).

Сравнительная характеристика клинических показателей у больных с ББ и без ББ представлена в табл. 9.

Таблица 9

Сравнительная характеристика клинических показателей (с ББ и без ББ)

Признаки	с ББ (n=62)		без ББ (n=39)		p
	Abs	%	Abs	%	
Оральные поражения	59	95,2	33	84,6	0,031
Поражения половых органов	43	69,4	6	15,4	<0,001
Глазные поражения	37	59,7	8	20,5	<0,001
Кожные проявления	34	54,8	0	0	<0,001
Суставное поражение	16	25,8	6	25,6	0,123
Желудочно-кишечный тракт	12	19,4	14	35,9	0,18
Сердечно-сосудистые	15	24,2	3	7,7	0,51
Неврологическое вовлечение	21	33,8	15	38,5	0,9
Положительная реакция Патергии	28	45,2	0	0	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U критерию Манна-Уитни)

Как и ожидалось, поражение ротовой полости было наиболее частой причиной направления к специалисту, а также наиболее частым проявлением у пациентов, которым в конце концов был поставлен диагноз ББ. Однако из-за высокой распространенности рецидивирующего афтозного стоматита (до 20%) в общей популяции, не являются ни специфичными, ни патогномичными для ББ. Нездоровый микробиом полости рта связан с более тяжелым течением заболевания, и результаты недавних исследований микробиома полости рта показали, что микробное сообщество слюны при ББ более разнообразна, чем у здоровых людей.

Как видно из таблицы 9 поражения полости рта не могли быть дискриминационными и наши результаты свидетельствуют о высокой распространенности орального афтоза у пациентов с ББ и без нее. Такие диагнозы, как красный плоский лишай, изолированные поражения глаз, пузырчатка, географический язык и простой герпес могут быть исключены в процессе дифференциальной диагностики ББ.

Напротив, в наших исследованиях поражения гениталий и глаз с высокой вероятностью были значимыми предикторами ББ у пациентов. Как генитальные, так и глазные проявления имеют неоднородную распространенность среди исследований с большими этническими и региональными различиями. Однако они более специфичны, чем поражения полости рта. Увеит - наиболее частое глазное проявление при ББ, что также имело место в нашем исследовании.

Положительный тест на патергию является необязательным критерием в рекомендациях ICBD по двум основным причинам: во многих странах этот тест не является частью рутинного ухода за пациентами. Кроме того, не существует стандартизированного протокола для проведения теста, что снижает его прогностическую способность. При этом положительный тест на патергию был наиболее точным диагностическим инструментом в нашем исследовании. Так, 45,2% пациентов с ББ имели положительный результат, при этом ни один из пациентов группы без ББ не показал положительной реакции. В связи с этим, мы предлагаем унифицировать протокол проведения теста патергии, который оказался очень прогностическим тестом.

Заключение. Таким образом, ББ может имитировать ряд болезненных процессов, поскольку проявляется неспецифическими изменениями в нескольких системах и органах. Комплекс симптомов, собранных воедино и тщательно собранный анамнез в конечном итоге приводит к окончательному диагнозу. Результаты данного исследования могут быть использованы ревматологами, которые ежедневно сталкиваются с пациентами с высокой вероятностью ББ и атипичными проявлениями. При этом альтернативные диагнозы, установленные в этом исследовании, могут быть использованы в качестве списка наиболее распространенных дифференциальных диагнозов - системных васкулитов.

ЛИТЕРАТУРА

(см. пп. 6-9 в REFERENCES)

1. Алекберова З.С. Болезнь Бехчета: клинко-гендерные ассоциации / З.С. Алекберова, Т.А. Лисицына, Р.Г. Голоева, Г.А. Давыдова // Современная ревматология. – 2019. – Т.13, №2. – С. 84–89.

2. Клинические рекомендации по болезни Бехчета МЗ РФ. 2018. ID: KP255. Доступно по ссылке: <http://cr.rosminzdrav.ru>

3. Лисицына Т.А. Болезнь Бехчета: клинические проявления, современные принципы диагностики и терапии / Т.А. Лисицына, З.С. Алекберова, Р.Г. Голоева, Г.А. Давыдова // Научно-практическая ревматология. – 2019. Т.57, №5. – С. 553-563.

4. Моисеев С.В. Современные представления о болезни Бехчета / С.В. Моисеев, Н.М. Буланов, Е.А. Каровайкина // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. – Т.27, №3. – С. 58-67.

5. Шукурова С.М. Поражение нервной системы при болезни Бехчета / С.М. Шукурова, М.Х. / РМЖ. – 2017. – №7. – С. 457-461.

REFERENCES

1. Alekberova Z.S. Bolezn Bekhcheta: kliniko-gendernye assotsiatsii / Z.S. Alekberova, T.A. Lisitsyna, R.G. Goloeva, G.A. Davydova [Behcet's disease: clinical and gender associations]. *Sovremennaya revmatologiya - Modern rheumatology*, 2019, Vol. 13, No. 2, pp. 84-89.

2. *Klinicheskie rekomendatsii po bolezni Bekhcheta MZ RF* [Clinical Guidelines for Behcet's Disease, Ministry of Health of the Russian Federation]. 2018. URL: <http://cr.rosminzdrav.ru>

3. Lisitsyna T.A. Bolezn Bekhcheta: klinicheskie proyavleniya, sovremennye printsipy diagnostiki i terapii [Behcet's disease: clinical manifestations, modern principles of diagnosis and therapy]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya - Scientific and Practical Rheumatology*, 2019, Vol. 57, No. 5, pp. 553-563.

4. Moiseev S.V. Sovremennye predstavleniya o bolezni Bekhcheta [Current understanding of Behcet's disease]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya - Clinical Pharmacology and Therapy*, 2018, Vol. 27, No. 3, pp. 58-67.

5. Shukurova S.M. Porazhenie nervnoy sistemy pri bolezni Bekhcheta [Nervous system damage in Behcet's disease]. *Rossiyskiy Meditsinskiy Zhurnal - Russian Medical Journal*, 2017, No. 7, pp. 457-461.

6. Davatchi F., Assaad-Khalil S., Calamia K.T. The International Criteria for Behcet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *The Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2014, No. 28 (3), pp. 338-347.

7. Davatchi F., Chams-Davatchi C., Shams H. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and

diagnosis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 2017, No. 13 (1), pp. 57-65.

8. Greco A., De Virgilio A., Ralli M. Behcet's disease: new insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmunity Reviews*, 2018, No. 7 (6), pp. 567-575.

9. Yazici H., Seyahi E., Hatemi G. Behcet syndrome: a contemporary view. *Nature Reviews Rheumatology*, 2018, No. 14 (2), pp. 107.

ХУЛОСА

С.С. Холов

ТАВСИФИ МЕЪЁРҲОИ ТАШХИСИ БЕМОРИИ БЕХЧЕТ

Мақсади омӯзиш. Пешниҳоди меъёрҳои ташхиси бемории Бехчет ва басомади он дар сохтори васкулитҳои системавӣ.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Маводи тадқиқот ҳуҷҷатҳои тиббии n=101 нафар беморони гирифтори бемории Бехчет, ки дар давраи солҳои 2017-2022 ба шӯъбаи ревматологияи МТМ «Шифобахш» фиристода шудаанд, иборат буд. Маълумот оид ба ихтисоси духтури мурочиаткунанда чамъоварӣ карда шуда, маълумотҳои демографӣ, аз ҷумла синну сол, ҷинс ва этникӣ сабт карда шуданд. Таърихи пурраи нишонаҳои ҷорӣ гирифта шуд, ки намурад, шиддат ва давомнокии нишонаҳо, инчунин таърихи ирсии бемории Бехчетро дар бар мегирад. Баъдан, ҳамаи беморон аз ҷониби як гурӯҳи коршиносони бисёрсоҳаи бемории Бехчет, аз ҷумла ревматологҳо, дерматологҳо ва офтальмологҳо муоина карда шуданд. Ҳамаи беморон аз санҷиши паттерния гузаштанд. Меъёрҳои ICBD (2014 г) барои ташхиси бемории Бехчет истифода шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Аз рӯйхати умумии беморони мурочиатшуда 54 нафар (53,5%) занон ва 47 нафар (46,5%) мардон буданд. Мутахассисони маъмултарини ки беморонро равона кардаанд табибони муолиҷавӣ (33,7%), дандонпизишкон (18,8%), офтальмологҳо (16,8%) ва ревматологҳо 12,9% мебошанд. Аломати маъмултарине, ки ба онҳо ишора шудааст, захми даҳон дар 85,1%, осеби чашм дар 31,7% ва осеби узвҳои таносул дар 22,8% буд. Аз 101 нафар беморон 42,6% гирифтори бемории Бехчет, 18,8% ташхиси эҳтимолии бемории Бехчет ва дар 38,6% беморон бемории Бехчет истисно карда шудааст. Дар бемороне, ки бемории Бехчет истисно карда шуд, дар 23,1% осебҳои оддии афтозавӣ, дар 4 нафар (10,3%) крас-

ный плоский лишай, ва осеби чашми чудогона дар 3 (7,7%) нафар мушоҳида шуд.

Хулоса. Бемории Бехчет метавонад якчанд равандҳои дигари беморию тақлид кунад, зеро он тавассути тағироти ғайримуқаррарӣ дар якчанд системаҳои узв зоҳир мешавад. Маҷмӯи бозёфтҳо, ки якҷоя қарда мешаванд, дар ниҳоят ба ташхис оварда мерасонанд. Натиҷаҳои ин тадқиқотро ревматологҳо метавонанд, ки ҳамарӯза бо бемо-

рони дорон эҳтимолияти баланди бемории Бехчет ва зухуроти атипикӣ сару қор доранд, истифода баранд. Бо вуҷуди ин, ташхисҳои алтернативии дар ин таҳқиқот муқарраршуда метавонанд ҳамчун рӯйхати ташхисҳои маъмултарини дифференсиалӣ барои васкулитҳои системавӣ истифода шаванд.

Калимаҳои калидӣ: васкулит, бемории Бехчет, стоматитҳои афтонӣ, осеби чашм, афтози узвҳои таносул, зухуроти пӯст

УДК 614.2;616-036.12-084

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-100-107

М.Б. Эргашов, Н.А. Муратназарова

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВЕ БЕНЧМАРКИНГА АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЕДИНИЦ ТУРКМЕНИСТАНА

*Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана
Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева*

Эргешов Мухаммет – к.м.н -заведующий лечебно-профилактическим отделом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана электронная почта: ergeshow005@gmail.com

Цель исследования. Научно обосновать комплекс программ и мероприятий по борьбе с ХНИЗ, учитывающий особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

Материал и методы исследования. Проведен общий бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана. Параметры рейтинга определены путем логико-методической процедуры дедукции. Включенные параметры сбалансированно отображают социально-экономический и демографический статус региона, готовность системы здравоохранения, развитость профилактики, лечебно-диагностической работы в отношении ХНИЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Впервые составлен рейтинг и проведен бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с ХНИЗ; впервые объективно охарактеризованы соответствующие потребности, возможности и особенности каждого региона, что является основой для планирования и управленческих решений. На основе рейтинга и бенчмаркинга разработан оригинальный инструмент для стратегического планирования - матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана.

Выводы. Разработана матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана, которая служит основой для стратегического планирования комплексов мероприятий.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, организация здравоохранения, профилактика, бенчмаркинг, стратегическое планирование

М.В. Ergashov, N.A. Muratnazarova

SCIENTIFIC BACKGROUND FOR PROGRAMS TO COMBAT CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES ON THE BASIS OF BENCHMARKING OF ADMINISTRATIVE-TERRITORIAL UNITS

*Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan
State Medical University of Turkmenistan named after Myrat Garryev*

Ergeshov Muhammet - Head of the Treatment and Prevention Department of the Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan, candidate of Medical Sciences. e-mail: ergeshow005@gmail.com

Introduction. Template approaches to the formation of strategies and action plans to combat chronic noncommunicable diseases (CNCDs) are fraught with low efficiency, a mismatch between the resources spent and the results obtained. There is a need for "individualization" of strategies, taking into account local characteristics, capabilities and needs of individual administrative-territorial units.

Objective. Scientifically substantiate a set of programs and activities to combat chronic NCDs, taking into account the characteristics and needs of each administrative-territorial unit of Turkmenistan.

Material and methods. A general benchmarking of the administrative-territorial units of Turkmenistan was carried out. The rating parameters are determined by the logical and methodological deduction procedure. The included parameters reflect in a balanced way the socio-economic and demographic status of the region, the readiness of the healthcare system, the development of prevention, treatment and diagnostic work in relation to chronic NCDs.

Results and discussion. For the first time, a rating was compiled and benchmarking of the administrative-territorial units of Turkmenistan was carried out in the aspect of combating NCDs; for the first time, the corresponding needs, opportunities and characteristics of each region were objectively characterized, which is the basis for planning and management decisions. Based on the rating and benchmarking, an original tool for strategic planning has been developed - a matrix of the prevailing influence of typical barriers to combat NCDs in the administrative-territorial units of Turkmenistan.

Conclusions. A matrix of the prevailing influence of typical barriers to combat NCDs in the administrative-territorial units of Turkmenistan has been developed, which serves as the basis for strategic planning of a set of measures.

Key words: chronic non-communicable diseases, healthcare organization, prevention, benchmarking, strategic planning

Введение. Борьба с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) должна носить комплексный систематический характер и включать комплексы мероприятий, направленные на разные аспекты этой проблемы. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определило девять основных барьеров, существующих в системах здравоохранения разных стран и препятствующих эффективной борьбе с ХНИЗ. Для устранения барьеров ВОЗ предлагает соответствующие компоненты комплексных и согласованных ответных мер со стороны систем здравоохранения на проблему ХНИЗ.

Для каждого комплекса ответных мер ВОЗ предложен конкретный набор принципов, подходов, действий, мер, примеров успешной реализации. Фактически, это готовая методология для стратегии преодоления ХНИЗ на государственном уровне. Вместе с тем, шаблонный подход к формированию стратегии и организации нужных мероприятий, не учитывающий локальные особенности и, главное, потребности чреват низкой эффективностью, несоответствием затраченных ресурсов и полученных результатов. Поэтому считаем необходимым «индивидуализацию» стратегии борьбы с ХНИЗ для отдельных административно-территориальных единиц. Именно за счет скрупулезного учета локальных особенностей, потребностей, возможностей и перспектив можно перейти от декларативного подхода к практическому, к управлению, основанному на данных, которое и принесет реальную пользу в борьбе с ХНИЗ.

Цель исследования. Научно обосновать комплекс программ и мероприятий по борьбе с ХНИЗ, учитывающий особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведен общий бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями. Параметры рейтинга определены путем логико-методической процедуры дедукции. Перечень эталонных показателей и рейтинг их значений представлены в табл. 1.

Включенные параметры сбалансированно отображают социально-экономический и демографический статус региона, готовность системы здравоохранения, развитость профилактики, лечебно-диагностической работы в отношении ХНИЗ. Методом расчета и сравнения средних определены диапазоны значений для каждого параметра, ранжированные по условным зонам: «красная», «желтая», «зеленая». Для показателей, оцениваемых в динамике, построены экспоненциальные линии трендов на 3 года и рассчитаны коэффициенты аппроксимации (R^2), показывающие степень соответствия трендовой модели исходным данным. Коэффициент достоверности аппроксимации (R^2) – характеризует степень соответствия трендовой модели исходным данным. Диапазон значений: от 0 до 1; чем ближе R^2 к 1, тем точнее трендовая модель описывает имеющиеся данные.

Таблица 1

Параметры и классифицированные диапазоны значений рейтинга административно-территориальных единиц в сфере преодоления ХНИЗ

Параметры	Зеленая зона	Желтая зона	Красная зона
Преимущественный характер населения*	-	-	-
Плотность населения, чел./км ²	-	-	-
Преимущественный тип экономики**	-	-	-
Кол-во семейных врачей, на 100 тыс.нас.	>50	30-50	<30
Кол-во среднего медицинского персонала, на 100 тыс. нас.	>400	300-400	<300
Число госпитальных коек, на 100 тыс.нас.	>400	300-400	<300
Укомплектованность семейными врачами, %	>95	90-95	<90
Укомплектованность средним медицинским персоналом, %	>95	90-95	<90
Заболеваемость ожирение (ФР)	<15	15-25	>25
Заболеваемость АГ	<200	200-250	>250
Заболеваемость ИБС	<150	150-160	>160
Заболеваемость СД	<50	50-75	>75
Заболеваемость ХОБЛ	<110	110-170	>170
Заболеваемость ИМ (осложнение)	<9	9-10	>10
Заболеваемость ИМ головного мозга (осложнение)	<3,5	3,5-6	>6
Первичная инвалидизация из-за ХНИЗ	<400	400-650	>650
Средний темп прироста	Отрицательный	-	Положительный
Прогноз	Убыль	Плато	Рост

Примечания:

1. Для 3 первых параметров не предусмотрена классификация по зонам.
2. Возможные значения: * - городское, сельское, равная пропорция; ** - индустриальный, аграрный, смешанный.

Элемент прогнозирования, включенный в рейтинг, дает возможность использовать результаты сопоставительного анализа не только для оценки сложившейся ситуации, но и для стратегического планирования.

Результаты и обсуждение. Результаты рейтингования и бенчмаркинга представлены в табл. 2.

Город Ашгабат – как столица государства – отличается индустриальным типом экономики и максимально высокой в стране плотностью городского населения (1854,26 чел./км²). Явной проблемой г. Ашгабат, относительно других административно-территориальных единиц, является высокая распространенность факторов риска ХНИЗ (прежде всего – повышенной массы тела и ожирения). Причем как ретро-, так и проспективно ($R^2=0,92$) наблюдается постоянное увеличение данного показателя.

В Балканском и Лебапском вelayах (тип экономики индустриальный) уровень распространенности повышенной массы тела и ожирения также высок, но здесь средний темп прироста за 5 лет имеет отрицательные значения, а экспоненциальная линия тренда прогнозирует дальнейшее уменьшение (особенно в Лебапском вelayате, $R^2=0,77$). Это свидетельствует об успешности действия по профилактике ХНИЗ в Лебапском вelayате, а также – положительных тенденциях, требующих поддержки, в Балканском вelayате.

Явной закономерностью выглядит высокая заболеваемость сахарным диабетом у населения г. Ашгабат. Здесь также негативная ретроспективная динамика и достоверно негативный тренд ухудшения в последующие 3 года ($R^2=0,88$).

Схожая ситуация наблюдается в Балканском вelayате: высокий уровень заболеваемости и положительное значение среднего темпа прироста. Однако достоверность тренда низкая, а значит

Таблица 2

Рейтинг и бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями

	Ашгабат	Ахал	Балкан	Дашогуз	Лебап	Мары
Характеристики субъекта						
Преимущественный характер населения	Гор.	Сел.	Гор.	Сел.	Равное	Сел.
Плотность населения, чел./км ²	1854,26	9,67	3,97	18,66	14,24	16,99
Преимущественный тип экономики	Инд.	Смеш.	Инд.	Аграр.	Инд.	Инд.
Медицина в субъекте						
Кол-во семейных врачей, на 100 тыс.нас.	62,43	28,70	44,81	26,82	48,87	32,13
Кол-во среднего медицинского персонала, на 100 тыс.нас.	555,49	237,46	404,15	276,71	335,50	348,91
Число госпитальных коек, на 100 тыс.нас.	700,4	216,8	439,3	276,7	408,4	342,3
Укомплектованность семейными врачами, %	78,8	89,8	97,5	98,8	93,2	97,8
Укомплектованность средним медицинским персоналом, %	90,5	97,8	100	100	93,4	99,8
Распространенность факторов риска в субъекте						
Заболеваемость ожирение (ФР)	44,87	22,6	27,56	11,93	26,09	12,42
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Плато	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,98	0,02	0,33	0,7	0,77	0,66
Заболеваемость в субъекте						
Заболеваемость АГ	187,57	200	351,37	179,34	215,4	306,57
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,11	0,70	0,73	0,67	0,62	0,49
Заболеваемость ИБС	157,83	153,63	143,98	158,75	166,79	168,46
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,62	0,80	0,75	0,75	0,70	0,72
Заболеваемость СД	79,12	48,09	84,71	45,87	57,55	48,56
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Отр.	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Рост	Рост	Плато	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,88	0,02	0,52	0,02	0,67	0,46
Заболеваемость ХОБЛ	50,56	151,64	199,73	71,36	59,78	178,77
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Полож.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Плато	Убыль	Убыль	Плато	Плато
<i>R²</i>	0,39	0,01	0,51	0,56	0,01	0,26
Исходы в субъекте						
Заболеваемость ИМ (осложн)	10,13	9,77	10,03	8,24	8,47	8,53
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,89	0,90	0,78	0,97	0,89	0,86
Заболеваемость ИМ головного мозга (осложн)	4,74	7,11	3,24	2,13	7,86	5,12
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.	Полож.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Убыль	Убыль	Убыль	Рост	Убыль
<i>R²</i>	0,29	0,78	0,27	0,58	0,36	0,67
Инвалидизация ХНИЗ	210,6	662,8	403,2	361,8	633	1027
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Полож.	Полож.	Полож.	Полож.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Рост	Рост	Рост	Рост	Рост
<i>R²</i>	0,92	0,01	0,50	0,78	0,57	0,10

Примечание: гор. – городское, сел. – сельское, инд. – индустриальный, аграр. – аграрный, смеш. – смешанный, отр. – отрицательный, полож. – положительный.

ситуация носит нестабильный характер. Требуется вмешательство, направленные на поддержку мер по профилактике нарушений питания, ожирения и сахарного диабета в данном регионе.

Возвращаясь к г. Ашгабат надо отметить еще одну важную проблему - высокую заболеваемость осложнениями ХНИЗ. И если уровень заболеваемости инфарктом миокарда высок (10,13 на 100 тыс. населения), но тенденции развития этого показателя носят положительный характер (отрицательный средний темп прироста, достоверный тренд к снижению в следующие 3 года ($R^2=0,89$)), то средний уровень острых нарушений мозгового кровообращения фиксируется на фоне негативных показателей роста в прошлом и тенденцией к увеличению в будущем.

Вместе с тем, явным положительным отличием г. Ашгабат является самый низкий в стране уровень стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ, постоянное снижение этого показателя с 2016 г. и достоверный тренд на продолжение снижения в будущем ($R^2=0,92$). Это свидетельствует о высоком уровне доступности и качества всех видов медицинской помощи в г. Ашгабат, включая специализированную и квалифицированную помощь.

Однако, в велятах наблюдается полностью противоположная картина: преобладают высокие и средние уровни показателя стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ. Ретроспективная динамика носит негативный характер, а в будущем – хоть и с разной степенью достоверности – прогнозируется дальнейший рост числа лиц, утрачивающих трудоспособность из-за переносимых хронических неинфекционных заболеваний.

В Ахалском и Дашогузском велятах эта проблема явным образом связана с низкой укомплектованностью врачебными кадрами, средним медицинским персоналом и госпитальными койками – здесь самых низкие показатели в стране. Два региона с преимущественно аграрной или смешанной экономикой явно нуждаются в систематическом развитии инфраструктуры. Особые сложности при этом могут встретиться в Ахалском веляте с учетом его демографических характеристик: низкая плотность населения 9,67 чел./км², преобладание сельского населения. В условиях серьезных кадровых проблем акцент должен быть сделан на комплексное и систематическое развитие телемедицинских технологий в Ахалском и Дашогузском велятах, причем на всех уровнях – начиная от первичного звена (дистанционное взаимодействие «пациент-врач») и заканчивая тре-

тичным уровнем медицинской помощи (телемедицинские консультации и консилиумы). Видятся целесообразными особые меры по ликвидации цифрового неравенства и развитию дистанционного мониторинга. При этом надо учесть, что даже в условиях ограниченных ресурсов качество медицинской помощи в указанных велятах выглядит несбалансированным. Например, заболеваемость инфарктом миокарда (как осложнением ХНИЗ) имеет достоверный тренд к снижению ($R^2=0,90$ и $R^2=0,97$ соответственно). Тренды на убыль заболеваемости ХНИЗ значимы только для ИБС, а уровень инвалидизаций в следствие этих состояний нарастает (причем в Дашогузском веляте с выраженной тенденцией, $R^2=0,78$).

Схожая ситуация начинается развиваться в Лебапском веляте. Здесь отмечаются средний уровень развития системы здравоохранения и негативные тренды развития стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ. Очевидно, что имеющихся ресурсов недостаточно. Плотность населения в регионе средняя (14,24 чел./км²), но типы населения практически разделены в равной мере: 50% - городского, 50% - сельского. Вероятно, имеет место ограничение доступности медицинской помощи в сельских районах, что подтверждается высоким уровнем заболеваемости осложнениями ХНИЗ, выхода на инвалидность, а также – негативными ретро- и проспективными тенденциями этих показателей. В Лебапском веляте нужны комплексные мероприятия по ликвидации дисбаланса между сельским и городским здравоохранением, повышению доступности медицинской помощи, развитию инфраструктуры первичного звена здравоохранения.

Отметим специально, что в Ахалском, Дашогузском и Лебапском велятах первичное звено здравоохранения функционирует достаточно эффективно, о чем свидетельствуют уровни, динамика и тренды заболеваемости ХНИЗ. Причем в Ахалском и Дашогузском велятах такая результативность достигается в условиях крайне ограниченных кадровых ресурсов (обеспеченность семейными врачами и медицинскими сестрами здесь самая низкая в стране). В перспективе нескольких лет требуется обязательное решение кадровой проблемы в указанных административно-территориальных единицах. Вместе с тем, явно требуется усиление и квалифицированной медицинской помощи, снятие барьеров для сельского населения (которым можно объяснить и высокий уровень

постоянной утраты трудоспособности из-за ХНИЗ в этих регионах).

Марыйский велаят отличается высокой заболеваемостью ХНИЗ, показатели динамики и трендов – гетерогенны. На фоне средней степени развития системы здравоохранения и самом высоком в стране уровне стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ данному велаяту требуется пристальное внимание. Общую ситуацию здесь можно охарактеризовать как нестабильную, требующую комплексных мер, в том числе – особых усилий по развитию внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи. Вполне вероятно, что наивысший уровень негативных исходов ХНИЗ, в том числе, обусловлен дефектами и несовершенствами лечебно-диагностических процессов. Очевидно, что результатами усиления контроля качества должны стать не карательные меры, а обоснованные комплексы мероприятий по улучшению и развитию.

Результаты бенчмаркинга позволяют установить типовые барьеры (согласно материалам ВОЗ), наиболее значимые для каждой административно-территориальной единицы.

На основе этих данных нами разработана матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ.

Укрепление и непрерывное улучшение стратегического руководства для усиления целостности политических рамок и устойчивости межсекторальных действий в области борьбы с ХНИЗ считаем необходимым осуществлять постоянно, централизованно, со стратегической позиции государственного управления здравоохранением. Также, к верхнеуровневой задаче, централизованно решаемой на общегосударственном уровне, является обеспечение достаточного и приоритетного финансирования здравоохранения для согласованного охвата населения важными услугами и формирования стимулов в целях предоставления услуг. Отметим, что в силу высокой специфичности вопрос эффективности охвата и соблюдение правил приема лекарственных средств от ХНИЗ на популяционном уровне требует отдельного масштабного исследования и выходит за рамки данной диссертационной работы.

Разработанная нами матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана, служит основой для стратегического планирования комплексов мероприятий. Нами проведена приоритизация типовых комплек-

сов ответных мер, направленных на преодоление барьеров для борьбы с ХНИЗ:

1. Укрепление ресурсного обеспечения услуг общественного здравоохранения для укрепления здоровья, развития профилактики ХНИЗ, обеспечения равноправного, справедливого доступа к соответствующим услугам является приоритетом для Ахалского, Лебапского, Марыйского велаятов.

2. Развитие многопрофильной интегрированной первичной медико-санитарной помощи – как гаранта активного контроля здоровья и благополучия сообществ – приоритет для Балканского и Марыйского велаятов.

3. Регионализация услуг врачей-специалистов, в том числе для обеспечения эффективной и своевременной медико-санитарной помощи при острых состояниях, важный приоритет Ахалского, Дашогузского, Лебапского и Марыйского велаятов.

4. Смена парадигмы функционирования системы здравоохранения для максимальной ориентированности на потребности человека – ключевой приоритет для г. Ашгабат, Ахалского, Балканского и Лебапского велаятов.

5. Скорейшее решение кадровых проблем для обеспечения соответствия ресурсных возможностей здравоохранения и стоящих перед ним задач – это критичный приоритет для Ахалского, Дашогузского, Лебапского и Марыйского велаятов.

6. Не взирая на достигнутый уровень считаем критичным приоритетом для всех административно-территориальных единиц дальнейшее постоянное и комплексное развитие информационных решений, которые помогали бы в области управления охраной здоровья населения, ведения заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи, координации деятельности поставщиков для обеспечения непрерывности медико-санитарной помощи и самостоятельного контроля. Очевидно, что цифровая трансформация и внедрение телемедицинских технологий позволяет решить приоритетные проблемы, связанные с кадровым обеспечением, доступностью первичной и специализированной помощи, контролем качества медицинской деятельности, а развитие комплексов цифровых услуг для граждан внесет вклад в развитие максимальной ориентированности системы здравоохранения на потребности человека.

Выводы

1. Впервые составлен рейтинг и проведен бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с ХНИЗ; впервые объективно охарактеризованы соответ-

ствующие потребности, возможности и особенности каждого региона, что является основой для планирования и управленческих решений.

2. На основе рейтинга и бенчмаркинга разработан оригинальный инструмент для стратегического планирования - матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана.

3. Реализована научная основа «индивидуализированного» приоритетного комплекса программ и мероприятий для обеспечения эффективности контроля и профилактики ХНИЗ, учитывающего особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина О. М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: / О. М Драпкина., И. В Самородская., В. Н.Ларина, М. М Лукьянов. // аналитический обзор международных и российских рекомендаций. Профилактическая медицина. 2019;22 (2):107-114. <https://doi.org/10.17116/profmed201922021107>.
2. Дроздова Л.Ю. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации/ Л.Ю. Дроздова, Е.С. Иванова, В.А. Егоров, Шепель и др // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. №6-2. С. 21-25.
3. Жадан Е.С. Эпидемиологические аспекты анализа факторов риска у больных хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях новой коронавирусной инфекции. / Е.С. Жадан, А.Г. Колесникова, М.А. Максимова //Вестник гигиены и эпидемиологии. 2020. Т. 24. №4. С. 491-494.
4. Лукьянец А. Экономические и социальные последствия экологической миграции в странах Центральной Азии / А. Лукьянец, С. Рязанцев, Е. Моисеева, Р Маньшин //Центральная Азия и Кавказ. 2020. Т. 23. №2. С. 160-176.
5. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций. Резюме. [Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambitions. Summary]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. J Intern Med. 2021 Apr;289(4):450-462. doi: 10.1111/joim.13184.
7. Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y. Double burden of diseases worldwide: coexistence of undernutrition and overnutrition-related non-communicable chronic diseases. Obes Rev. 2018 Jan; 19(1): 49-61. doi: 10.1111/obr.12605.
8. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer JM, Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? Health Expect. 2014 Oct;17(5):608-21. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x.
9. Simcoe T, Catillon M, Gertler P. Who benefits most in disease management programs: Improving target efficiency. Health Econ. 2019 Feb;28(2):189-203. doi: 10.1002/hec.3836.
10. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. J Glob Health. 2018 Dec;8(2):020409. doi: 10.7189/jogh.08.020409.

ХУЛОСА

М.Б. Эргашов, Муратназарова Н.

АСОСНОККУНИИ ИЛМИИ БАРНОМАҲО ОИД БА МУБОРИЗА БА БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ ДАР АСОСИ АРЗӢБИИ ИСТИНОД ВОХИДӢОИ МАӢМУРӢ ВА ҲУДУДИИ ТУРКМАНИСТОН.

Усулҳои таҳқиқот. Санчиши умумии воҳидҳои маъмурӣ-ҳудудии Туркменистон гузаронида шуд. Нишондоҳои рейтинг бо тартиби тарҳи мантиқӣ ва методӣ муайян карда мешаванд. Нишондоҳои дохилшуда вазъи иҷтимоию иқтисодӣ ва демографии минтақа, омодагии системаи тандурустӣ, рушди қорҳои профилактикӣ, таъбаат ва таъхиси бемориҳои сироятии музминро ба таври мутавозин инъикос мекунанд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Бори аввал рейтинг тартиб дода шуда, муқоисаи воҳидҳои маъмурию ҳудудии Туркменистон дар самти мубориза бар зидди бемориҳои сироятӣ гузаронида шуд; бори аввал эҳтиёҷот, имкониятҳо ва ҳоси дахлдори ҳар як минтақа объективно тавсиф карда шуданд, ки ин асоси қарорҳои нақшакаши ва идоракунии мебошад. Дар асоси рей-

тинг ва бенчмаркинг воситаи аслии банақшагирии стратегӣ - матритсаи таъсири бартари монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои сироятӣ дар воҳидҳои маъмурию ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст.

Хулосаҳо. Матритсаи таъсири бартари доштаи монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои

сироятӣ дар воҳидҳои маъмурӣ-ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст, ки барои банақшагирии стратегӣ маҷмӯи тадбирҳо асос мебошад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ, ташкили соҳаи тандурустӣ, пешгирӣ, муқоиса, банақшагирии стратегӣ.

УДК 616.33-007.271-089.844

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-107-113

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ДВУХУРОВНЕВЫЙ НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ ШОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОПЕРЕЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Сайдалиев Ширинджон Шарифович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни 46; Тел.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

В работе рассматриваются вопросы наложения двухуровневого непрерывного прецизионного шва у пациентов с рубцово-язвенным пилорoduodenальным стенозом. В качестве альтернативы традиционным операциям предложены поперечный гастрoduodenальный анастомоз и дуоденопластика. Последние имеют лучшие результаты благодаря сохранению анатомической, функциональной целостности привратника и моделирования привратникового «механизма» при формировании поперечного соустья.

Формирование соустьев с использованием прецизионного двухуровневого непрерывного шва позволяет сократить продолжительность оперативных вмешательств, обеспечить ее высокую надежность и функциональность.

Ключевые слова: пилорoduodenальный стеноз, дуоденопластика, поперечный гастрoduodenальный анастомоз, двухуровневый непрерывный прецизионный шов.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, Z.V. Tabarov, Sh.

TWO-LEVEL CONTINUOUS PRECISION SUTURE FOR TRANSVERSE GASTRODUODENOANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”

Sajdaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases #1 of SE Avicenna Tajik State Medical University; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 pr. Aini 46; Tel.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

The paper considers the issues of two-level continuous precision suturing in patients with pyloroduodenal ulcerative stenosis. Transverse gastroduodenal anastomosis and duodenoplasty are proposed as alternatives to traditional surgeries. The latter have the best results due to preservation of anatomic, functional integrity of the pylorus and modeling of the pylorus “mechanism” during formation of transverse socket.

Formation of the sutures with the use of the precision two-level continuous suture allows reducing the duration of surgical interventions, providing its high reliability and functionality.

Keywords: pyloroduodenal stenosis, duodenoplasty, transverse gastroduodenal anastomosis, two-level continuous precision suture.

Введение. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) считается патогенетически обоснованной и наиболее физиологической операцией при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [3, 10]. В случае пилородуоденального стеноза (ПДС) она дополняется дренирующими желудок операциями (ДО) или дуоденопластикой (ДП) [5, 9, 10]. Известные способы ДО типа Жабуле, Финнея, Гейнеке-Микулича и Джадда применяемые в сочетании с СПВ при рубцово-язвенном дуоденостенозе (РЯД), из-за разрушения или шунтирования привратника, нивелируют положительные стороны СПВ [1, 9]. Этих недостатков лишены различные варианты ДП и поперечный гастродуоденоанастомоз (ПГДА), предполагающие сохранение или воссоздание привратникового «механизма» [9, 10]. Традиционно ГДА и ДП формируют двухрядными узловыми швами [2]. Очевидно, что при восстановлении гастродуоденальной проходимости необходим надежный желудочно-кишечный шов, который обеспечивал бы полное восстановление структуры и функции гастродуоденального перехода, ДПК и одновременно сводил бы к минимуму риск развития анастомозита, несостоятельности кишечного шва и рубцовой стриктуры в отдаленных сроках наблюдения. При выполнении т.н. «радикальной дуоденопластики» применяют узловой однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов монолитной нитью в условиях прецизионной техники [7]. В.М. Никитин и соавт. [4,6], В.Л. Полуэктов и соавт. [8] при иссечении прободной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) производят ДП двухуровневым непрерывным швом вне просвета кишки. В литературе отсутствуют сведения о применении двухуровневого непрерывного прецизионного шва при формировании ПГДА.

Цель исследования. Совершенствование техники формирования ДП и ПГДА.

Материал и методы исследования. Представленная работа основывается на результатах хирургического лечения методом ДП и ПГДА в сочетании с СПВ или в изолированном виде (без СПВ) с язвенной болезнью ДПК, осложненной стенозом. В клинике Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ, в период с 2000 по 2022 годы СПВ в сочетании с ДП применена у 98 больных, в сочетании с ПГДА – у 51 больного. Изолированная ДП применена у 23 больных, ПГДА – у 17 больных группы риска. В последнее время у 10 больных при формировании ПГДА (6 больных) и ДП (4 больных) применяли двухуровневый прецизионный непрерывный шов. В создании двухрядного

шва использовались монофиламентная нить PDS II (полидиоксанон) диаметра 4/0 и викрил 4/0 с одной атравматичной иглой.

Диагноз РЯД у всех пациентов верифицирован клинически, эндоскопически и рентгенологически. В работе мы использовали общепринятую классификацию с выделением компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной степеней стеноза [5].

Результаты исследования и их обсуждение. Традиционно гастродуоденальные анастомозы формировали с помощью двухрядных узловых швов. В качестве альтернативы традиционным операциям предложены ПГДА и ДП, которые имеют лучшие результаты благодаря сохранению анатомической и функциональной целостности привратника при ДП и моделировании привратникового «механизма» при формировании поперечного соустья. Возможность применения ПГДА или ДП при язвенном ПДС зависит от локализации стеноза. Основные условия для применения ДП: интактность привратника, достаточно широкий престенотический (от привратника до стеноза) участок луковицы (не менее 2 см), отсутствие воспалительной инфильтрации стенок сшиваемых тканей. В зависимости от локализации язвенного процесса различают три типа стеноза [5,7]: стеноз привратника; стеноз луковицы ДПК; залуковичный дуоденальный стеноз. Луковичный дуоденостеноз мы подразделяем на два вида: с вовлечением в рубцово-язвенный процесс привратника и без его вовлечения.

Во время операций мы всегда стремились сохранить привратник путём ДП. Однако выбор метода ДО зависит от конкретной топографо-анатомической ситуации: локализации и протяженности стеноза, наличия и выраженности воспалительной инфильтрации, интактности привратника и ширины престенотического участка луковицы. Полученные данные во время интраоперационной ревизии ПДЗ создают полноценную картину его гистотопографии – основу для выбора вариантов выполнения ДП или ДО.

Локализацию зоны РЯД определяли на основе дуоденокартограммы, предложенной В.И. Оноприевым (рис. 1) и пилородуоденокартограммы по С.Р. Генриху (рис. 2).

Показанием к применению ПГДА является собственно пилоростеноз, луковичный дуоденостеноз с вовлечением привратника в рубцово-язвенный процесс и луковичный дуоденостеноз с дефицитом передней стенки престенотического отдела (менее 10 мм от привратника).

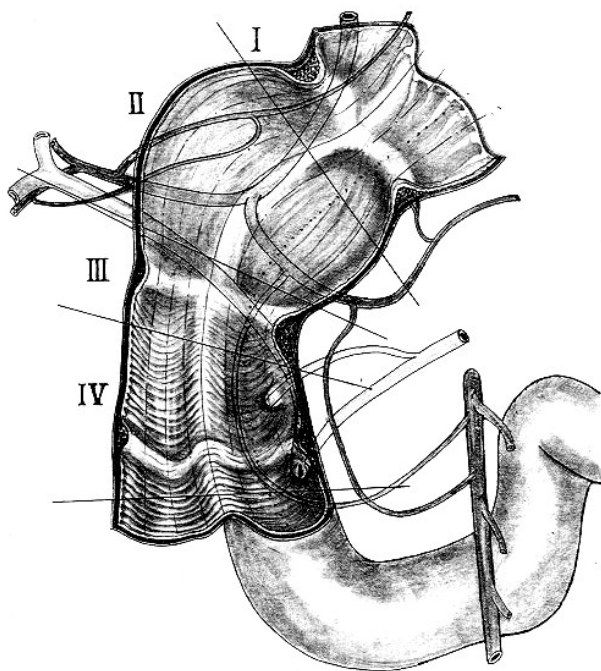


Рисунок 1. Хирургическая дуоденокартограмма по В.И. Оноприеву. Уровни: I - базальный (основание луковицы), II - корпоральный (тело луковицы), III - апикальный (верхушка луковицы), IV - постбульбарный.

Способ заключается в следующем: после верхнесрединной лапаротомии, ревизии брюшной полости, освобождения ПДЗ от рубцово-спаечной «мантии» (рис. 3),

После определения уровня и протяженности стеноза, выделения от сращений пре- и постстенотических отделов, определения локализации привратника, определяли объем оперативного вмешательства, производили мобилизацию ДПК по Кохеру, далее приступали к выполнению ПГДА между препилорическим отделом желудка и постстенотическим отделом ДПК.

Вначале, двумя узловыми серозно-мышечными швами, наложенными на углы будущего анастомоза, сближали стенки сшиваемых органов (рис. 4а). Анастомоз между желудком и ДПК формировали двухуровневым непрерывным швом. Использовали непрерывный обвивной серо-серозный шов (ПДС 4/0) в поперечном направлении к оси ДПК и желудка (рис. 4б): первый стежок непрерывного шва делали на верхнем углу сшиваемых органов, завязывали первый узел - «фиксатор», далее накладывали 10-12 стежков непрерывного обвивного серозно-серозного шва, последний стежок на нижнем углу фиксировали путем «захлестывания» нити и оставляли её для ушивания передней стенки.

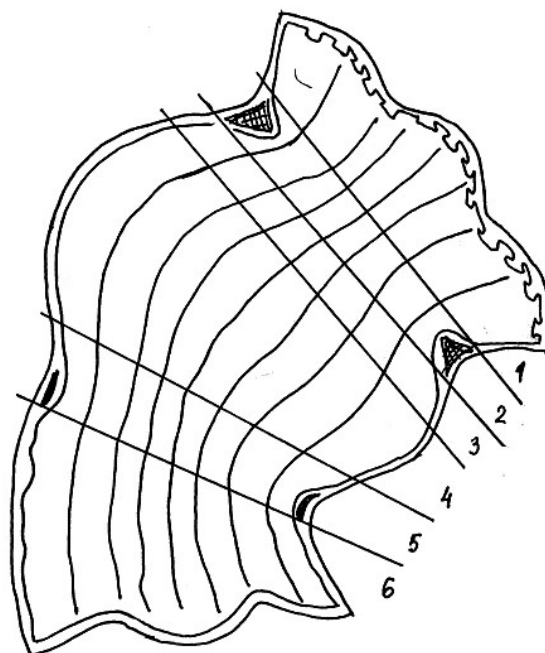


Рисунок 2. Пилорoduоденокартограмма по С.Р. Генриху. 1 - препилорический отдел желудка, 2 - сфинктер привратника, 3 - базальный отдел луковицы ДПК, 4 - тело луковицы ДПК, 5 - выходной отдел луковицы ДПК, 6 - постбульбарный отдел ДПК.

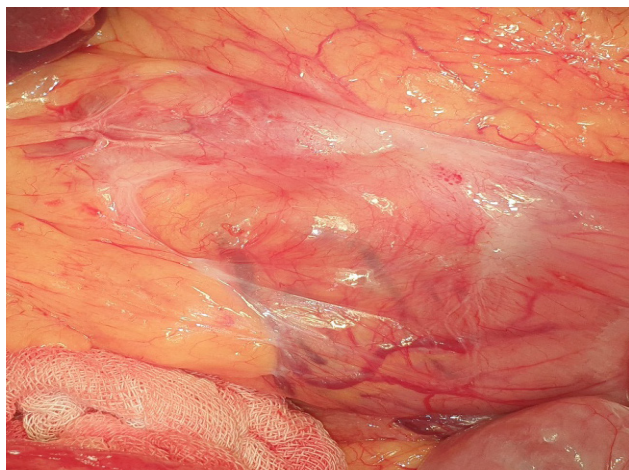
Затем, вскрывали просвет желудка и ДПК двумя симметричными поперечными разрезами длиной 30 мм на расстоянии 0,4-0,5 см от серо-серозного шва (рис. 5а).

Второй уровень непрерывного шва на заднюю «губу» анастомоза (рис. 3) производили викрилом 4/0 начиная с верхнего угла, сперва завязывали второй узел - «фиксатор» и ушивали подслизисто-мышечно-серозными швами без захвата слизистой оболочки, в нижнем углу фиксировали путем «захлестывания» (рис. 5б).

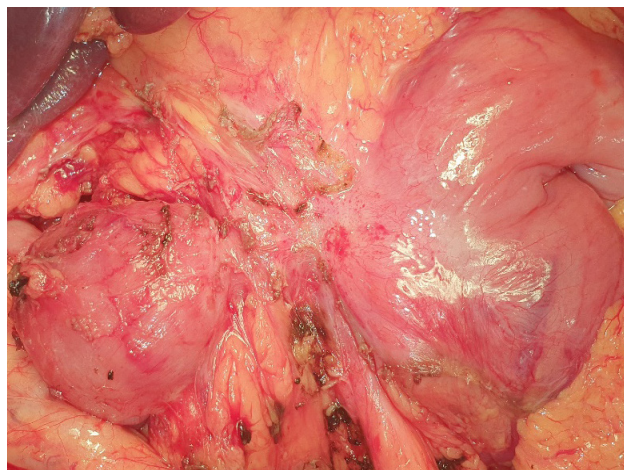
Этой же нитью продолжали зашивание передней стенки анастомоза погружными подслизисто-мышечно-серозными швами типа Шмидена, но без захвата слизистой оболочки, связывая нить с вторым швом-«фиксатором» в верхнем углу анастомоза (рис. 6а).

Формирование передней стенки анастомоза завершали наложением первого уровня непрерывного обвивного серо-серозного шва с помощью первой нитки, оставленной на нижнем углу анастомоза, связывая её конец с нитью первого узла-фиксатора на верхнем углу анастомоза (рис. 6б).

Благодаря чередованию ниток, первый уровень швов формируется из нерассасывающейся нити (ПДС), а второй (внутрипросветный) – из

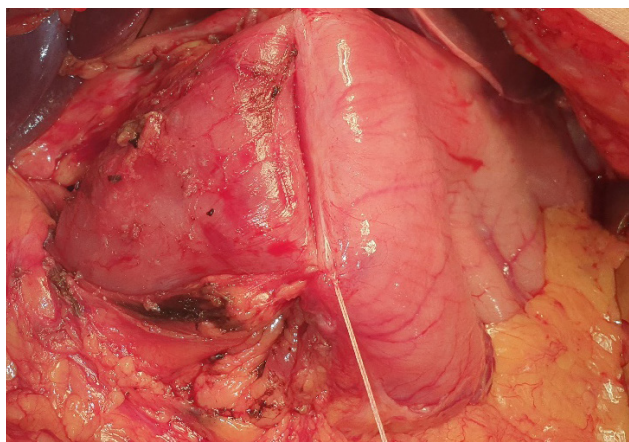


а

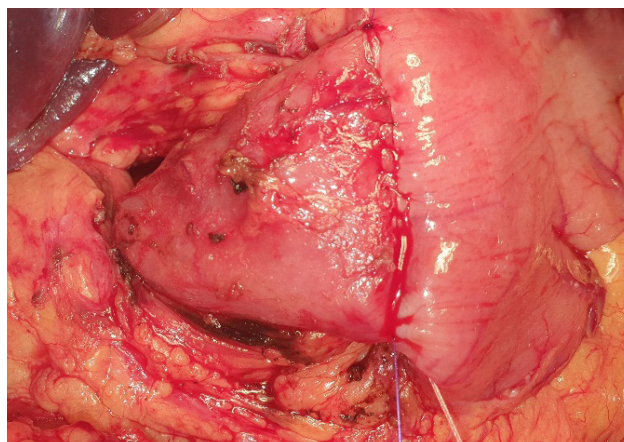


б

Рисунок 3. Интраоперационная ревизия пилородуоденальной зоны: а) рубцово-спаечная «мантия» полностью прикрывает ПДЗ; б) ПДЗ освобождена от рубцово-спаечной «мантии», рубцовый пилородуоденостеноз протяженностью 2 см.

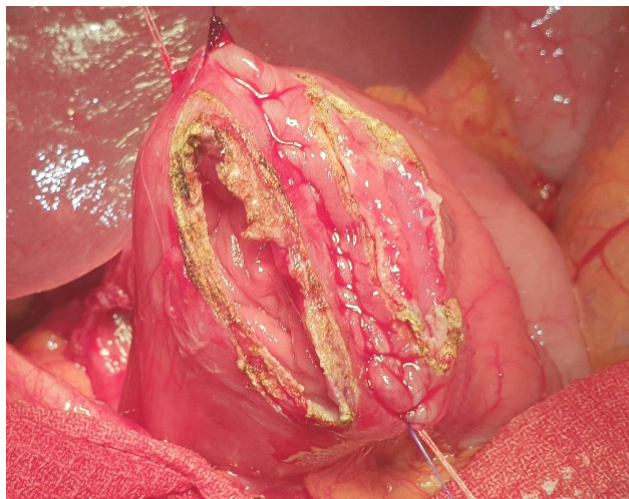


а



б

Рисунок 4. Этап формирования ПГДА: а) сближение стенок сшиваемых органов двумя провизорными швами; б) наложение первого ряда серозно-мышечных швов.

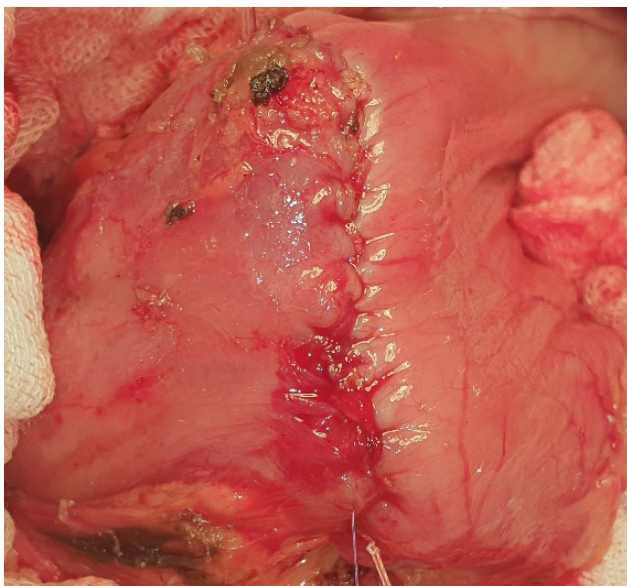


а

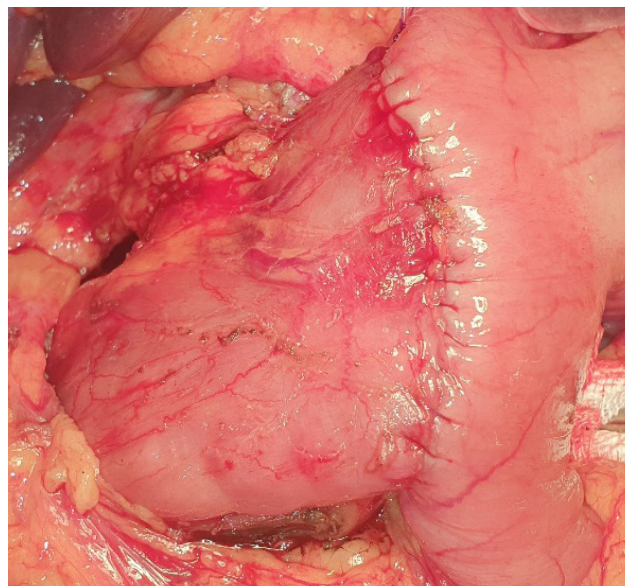


б

Рисунок 5. Этапы формирования ПГДА: а) Поперечная гастро- и дуоденотомия; б) Ушивание задней губы анастомоза непрерывным швом.



а



б

Рисунок 6. Этапы формирования ПГДА: а) ушивание передней губы анастомоза непрерывным вворачивающим швом Шмидена; б) серо-серозный непрерывный шов передней стенки анастомоза.

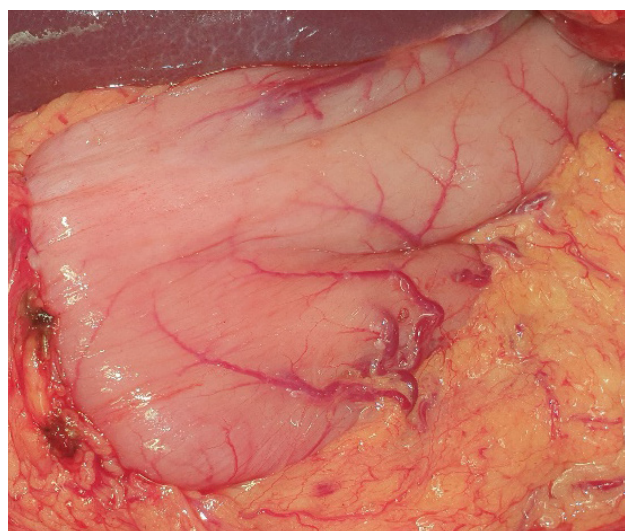
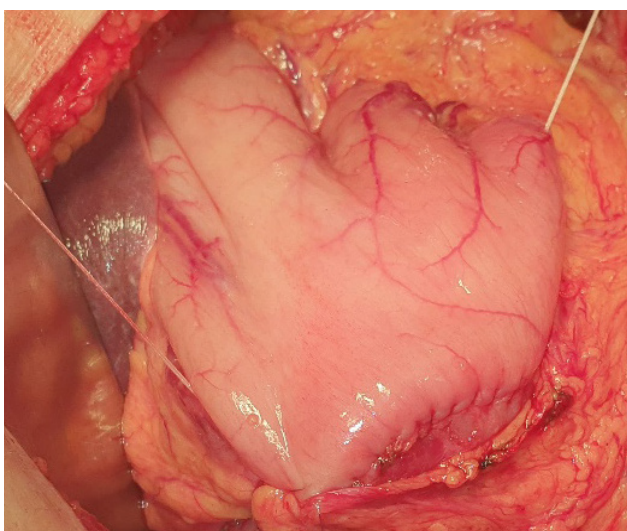


Рисунок 7. Этапы мезоперитонезации гастродуоденоанастомоза «мантией» ДПК.

рассасывающейся нити (викрил). Анастомоз мезоперитонизировали с помощью заранее выделенной «мантии» мобилизованной ДПК, путем подшивания её к передней стенке желудка узловыми швами (рис. 7).

В раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений, связанных с техникой формирования анастомоза. Эвакуаторная функция желудка восстанавливалась на 8-10 день. При эндоскопии, выполненной на 12-14 день, наблюдались умеренные воспалительные изменения слизистой анастомоза, диаметр которого составлял 2,5-3 см, тубус эндоскопа свободно проходил в тракт ДПК. Рентгенологическое исследование проведено

через месяц после операции. При этом эвакуация из желудка была порционно-ритмической, что обусловлено пилорусмодулирующей функцией ПГДА.

Заключение. Формирование соустьев с использованием прецизионного двухуровневого непрерывного шва позволяет сократить продолжительность операции, обеспечить ее высокую надежность и функциональность. Длительность регенерации таких анастомозов ускоряется за счет уменьшения объема перифокального воспаления и преобладания заживления сшиваемых органов по линейному типу, в отдаленном периоде также уменьшается риск рубцовой деформации. Результаты наших исследований подтверждают выводы

других авторов, доказавших преимущества методики двухуровневого непрерывного шва при формировании желудочно-кишечных соустьев [4, 6, 8]. Предлагаемый нами вариант ПГДА применяется в сочетании с СПВ или в изолированном виде у больных с РЯД [10]. Формирование поперечного ГДА модулирует функцию привратника за счет сохранения циркулярных мышц антрума и ДПК [10]. В ситуациях, когда радикальная операция связана с высоким риском у больных старческого возраста или тяжелой степенью алиментарной недостаточности с глубокими нарушениями гомеостаза, в качестве альтернативы различным гастроэнтероанастомозам, мы предлагаем использовать ПГДА в изолированном виде. Полученные результаты исследований позволяют нам рекомендовать предложенную методику двухуровневого непрерывного кишечного шва при формировании анастомозов в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глушков Н.И. Опыт хирургического лечения пилородуоденального стеноза у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском / Н.И. Глушков, Т.Л. Горшеннин, С.К. Дулаева // Профилактическая и клиническая медицина. - 2018. №2 (67). - С. 62-68.
2. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер с англ. - М.: Мед. Лит., - 2009. - 472 с.
3. Крылов Н.Н. Вклад клиники факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова в разработку органосохраняющих операций с ваготомией для лечения язвенной болезни / Н.Н. Крылов, Е.А. Пятенко // История медицины. - 2016. - Т.3, №4. - С. 412-425
4. Никитин В.Н. Дуоденопластика при гигантской перфоративной язве, пенетрирующей в гепатодуоденальную связку / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач, В.М. Ситникова // Новости хирургии. - 2019. - Т.27, №5. - С. 522-529
5. Никитин В.Н. Двухуровневый непрерывный шов в лечении больных прободной пилородуоденальной язвой / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // РМЖ. - 2016. - №23 - С. 1566-1569.
6. Нишанов М.Ф. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пилородуоденальным стенозом, как проблема хирургической гастроэнтерологии (обзор литературы) / М.Ф. Нишанов и [др.] // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2018. - №2. - С. 87-91
7. Оноприев В.И. Органосохраняющие технологии в лечении декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, М.Т. Дидигов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2008. - №1. - С. 32-38.
8. Полуэктов В.Л. Ушивание или иссечение прободной дуоденальной язвы? / В.Л. Полуэктов и [др.] // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2020. - №23(1). - С. 48-57.
9. Чернов В.Н. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики / В.Н. Чернов, С.О. Долгарев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013. - №4. - С. 48-54.
10. Черноусов А.Ф. Результаты повторной резекции желудка по Бильрот-1 и органосохраняющих операций при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов и [др.] // Новости хирургии. - 2020. - Т.28, №1. - С. 112-119.

REFERENCES

1. Glushkov N.I. Opyt khirurgicheskogo lecheniya piloroduodenalnogo stenoza u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s vysokim operatsionno-anesteziologicheskim riskom [Experience of surgical treatment of pyloroduodenal stenosis in elderly and senile patients with high operational and anesthetic risks]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina - Prophylactic and clinical medicine*, 2018, No. 2 (67), pp. 62-68.
2. Itala E. *Atlas abdominalnoy khirurgii: T. 2. Khirurgiya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki: per s angl* [Atlas of Abdominal Surgery: Volume 2 Gastric and Duodenal Surgery: Translated from English]. Moscow, Medical Literature Publ., 2009. 472 p.
3. Krylov N.N. Vklad kliniki fakultetskoy khirurgii im. N.N. Burdenko 1-go Moskovskogo meditsinskogo instituta im. I.M. Sechenova v razrabotku organosberegayushchikh operatsiy s vagotomiyey dlya lecheniya yazvennoy bolezni [Contribution of the Clinic of Faculty Surgery named after N.N. Burdenko, I.M. Sechenov First Moscow Medical Institute, in the development of organ preserving operations with vagotomy for peptic ulcer treatment]. *Istoriya meditsiny - History of medicine*, 2016, Vol. 3, No. 4, pp. 412-425.
4. Nikitin V.N. Duodenoplastika pri gigantsoy perforativnoy yazve, penetriuyushchey v gepatoduodenalnuyu svyazku [Duodenoplasty for giant perforative ulcer penetrating into hepatoduodenal ligament]. *Novosti khirurgii - News of surgery*, 2019, Vol. 27, No. 5, pp. 522-529.
5. Nikitin V.N. Dvukhurovnevyy nepreryvnyy shov v lechenii bolnykh probodnoy piloroduodenalnoy yazvoy [Two-level continuous suture in the treatment of patients with pyloroduodenal ulcer]. *Rossiyskiy Metsinskiy Zhurnal - Russian Medical Journal*, 2016, No. 23, pp. 1566-1569.

6. Nishanov M.F. YAzvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnennaya piloroduodenalnym stenozom, kak problema khirurgicheskoy gastroenterologii (obzor literatury) [Duodenal ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis as a problem of surgical gastroenterology (literature review)]. *Zhurnal teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny - Journal of theoretical and clinical medicine*, 2018, No. 2, pp. 87-91.

7. Onopriev V.I. Organosokhranyayushchie tekhnologii v lechenii dekompensirovannogo rubtsovo-yazvennogo stenoza dvenadtsatiperstnoy kishki [Organ-preserving techniques in the treatment of decompensated ulcerative scar stenosis of the duodenum]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 2008, No. 1, pp. 32-38.

8. Poluektov V.L. Ushivanie ili issechenie probodnoy duodenalnoy yazvy? [Suturing or excision of a perforated duodenal ulcer?]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii - Issues of reconstructive and Plastic Surgery*, 2020, No. 23 (1), pp. 48-57.

9. Chernov V.N. Rezultaty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [Results of peptic ulcer treatment by radical duodenoplasty]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after Pirogov N.I.*, 2013, No. 4, pp. 48-54.

10. Chernousov A.F. Rezultaty povtornoy rezektsii zheludka po Bilrot-1 i organosokhranyayushchikh operatsiy pri lechenii yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Results of repeated Bilroth-1 gastric resection and organ-preserving operations in the treatment of duodenal ulcer]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2020, Vol. 28, No. 1, pp. 112-119.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ДАРЗИ ДУСАТҲИИ МУТТАСИЛИ ПРЕТСИЗИОНӢ ҲАНГОМИ ТАШАККУЛ ДОДАНИ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗИ АРӢӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА ТАНГШАВИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛИ

Зимни таҳқиқот масоили дарзгузори дусатҳии муттасили претсизсионӣ дар амалияи ҷарроҳӣ ҳангоми беморони гирифтор ба тангшавии пилородуоденалии ҳадшай-захмӣ баррасӣ мешавад. Ба сифати алтернативаи амалиётҳои анъанавӣ анастомози арӣ ва дуоденопластика пешниҳод гардидааст. Охири ҳангоми ташаккули резинҳои арӣ ба туфайли ҳифзи намудани бутунияти анатомӣ ва функционалии баввоб ва амсиласозии “механизм”-и баввобӣ натиҷаҳои беҳтаринро нишон дод.

Бо истифода аз дарзи дусатҳии муттасили претсизсионӣ ташаккул додани резинҳои қошӣ додани давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ, таъмин намудани эътимодноӣ ва функционалнокиро имконпазир мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: тангшавии пилородуоденали, дуоденопластика, гастродуоденоанастомози арӣ, дарзи дусатҳии муттасили претсизсионӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-06

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-113-119

С.Р. Расулов^{1,2}, Дж.С. Обидов^{1,2}

ДИФФУЗНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА)

^{1,2}ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

^{1,2}ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони 59. E-mail: same_rasulov@mail.ru (+992) 918 68 21 86

В статье представлены результаты анализа данных современной мировой литературы об этиологии и клинических проявлений диффузных форм рака молочной железы. Доказано, что диффузный рак молочной

железы составляет около 15-17% среди других форм рака молочной железы. Характеризуются диффузным уплотнением всей ткани молочной железы, обусловленным опухолевой инфильтрацией, увеличением ее размеров, гиперемией кожи молочной железы и местной гипертермией с выраженным симптомом «лимонной корки» по всей поверхности молочной железы, резким утолщением соска и складки ареолы, втяжением и прочной фиксацией соска, в подавляющем большинстве случаев имеются пораженные подмышечные лимфатические узлы.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, диффузный рак молочной железы, эпидемиология, клиника.

S.R. Rasulov^{1,2}, J.S. Obidov^{1,2}

DIFFUSE BREAST CANCER (EPIDEMIOLOGY, CLINIC)

^{1,2}State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

^{1,2}State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Rasulov Same Rakhmonberdievich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Oncology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, I. Somoni Ave. 59. E-mail: same_rasulov@mail.ru (+992) 918 68 21 86

The article presents the results of the analysis of data from modern world literature on the etiology and clinical manifestations of diffuse forms of breast cancer. It has been proven that diffuse breast cancer is about 15-17% among other forms of breast cancer. They are characterized by diffuse compaction of the entire breast tissue due to tumor infiltration, an increase in its size, hyperemia of the breast skin and local hyperthermia with a pronounced symptom of "lemon peel" over the entire surface of the mammary gland, a sharp thickening of the nipple and areola folds, retraction and firm fixation of the nipple, in the vast majority of cases have affected axillary lymph nodes.

Key words: malignant tumors, diffuse breast cancer, epidemiology, clinic.

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной онкологической патологией среди женского населения в большинстве стран мира. По отчету наиболее авторитетной организации, осуществляющей мониторинг злокачественных новообразований – GLOBOCAN (совместный проект Всемирной Организации Здравоохранения и Международного агентства исследований рака), в 2020 году в мире было зарегистрировано 2 206 771 (11,4%) новых случаев РМЖ. Из общего количества впервые выявленных случаев умерли 684 996 (6,9%) женщин. По данному отчету, РМЖ занимает первое место по заболеваемости в подавляющем большинстве стран (159 из 185 стран) и по смертности - в 110 странах. Самые высокие коэффициенты заболеваемости наблюдаются в Австралии и Новой Зеландии - 23 277 (10,41), Северной Америке - 281 591 (9,71) и странах Европы - 158 708 - 169 016 (6,28 – 9,69). Низкие показатели заболеваемости отмечены в странах Азии и Африки [37].

В Российской Федерации в 2019 году выявлены 73 918 случаев РМЖ у женщин, что составило 11,6% среди всех злокачественных новообразований населения и умерли 21 720 женщин [4].

По сообщению Рахимовой М.Н. (2019), в Республике Казахстан ежегодно выявляется до 4000

новых случаев РМЖ и в структуре онкозаболеваний он занимает первое место, составляя 12,6%. В Республике Узбекистан также РМЖ занимает первое место среди всех злокачественных опухолей [14].

В 2012 году предполагали, что количество смертей от РМЖ будет продолжать расти во всем мире и достигнет 11 млн. в 2030 году [29]. Это, прежде всего, связано с ежегодным ростом заболеваемости во всем мире и растущей смертностью в странах с более низким уровнем жизни.

По данным ВОЗ, стандартизированная по возрасту смертность от рака молочной железы в странах с высоким уровнем дохода снизилась на 40% в период с 1980-х по 2020 год. Ежегодное снижение смертности от РМЖ в этих странах составляет 2-4% в год [40].

Статистический анализ данных организационно-методического отдела Республиканского онкологического научного центра и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2016-2020 гг. показал, что заболеваемость раком молочной железы в Республике Таджикистан также имеет тенденцию к ежегодному росту и зани-

мает первое место среди других злокачественных опухолей, составляя 13,1% [11].

Изучение динамики заболеваемости и смертности от РМЖ в республике показало, что если в 2016 год взято на учет 462 больных, а в 2018 году 468 больных, то в 2019 году выявлено 506 случаев. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ с 2016 г. по 2019 г. составил 1,0-1,1 раз. Анализ случаев смерти от РМЖ среди больных, находившихся на учете на конец каждого отчетного года, показал, что смертность от РМЖ в Республике Таджикистан из года в год уменьшается. Из 2008 женщин, находившихся на учете с РМЖ на конец 2016 года умерли 312 пациенток, что составило 15,5%. В конце 2019 года на учете находились 2489 женщин с РМЖ, из них умерли 291 больных, что составляет 11,7% [13].

В последние годы в развитых странах, прежде всего благодаря налаженной системе маммографического скрининга, количество больных, выявленных в I-II стадии из года в год увеличивается. Доля больных, выявленных в I-II стадиях в развитых странах превышает 70%. По данным ракового регистра Республики Корея (Южная Корея), за 2017 год на долю больных с впервые диагностированными случаями РМЖ в I - II стадиях приходится 72,5%, в III стадии - 7,8% и в IV стадии - 0,8%. [33]. В Нидерландах в 2019 году выявлены с I-II стадиями РМЖ 73% женщин, с III стадией - 8% и IV стадией - 5% [27]. В Российской Федерации в 2019 году удельный вес больных с I-II стадиями составил 71,8%, III стадией - 20,2% и IV стадией - 7,5% [3].

В Республики Таджикистан по данным 2016-2020 гг. доля больных с I - II стадиями составила 72,1%, III стадией - 14,5% и IV стадией - 13,4% [13].

В отчете GLOBOCAN, где представлены основные показатели по РМЖ за период с 2009 по 2014 гг., обращает на себя внимание показатель запущенности (III-IV стадии) РМЖ, который в 2009 году составлял 23,7%, увеличившись в 2013 году до 24,4%, и несколько снизившись до 21,7% в 2014 году [19].

Различают несколько клинических форм РМЖ: узловую, диффузную (отеочно-инфильтративную, рожистоподобную, маститоподобную и панцирную), а также рак Педжета соска.

В зависимости от тактики лечения различают следующие клинические группы РМЖ:

– первично операбельный (резектабельный) РМЖ (0, I, IIa, IIb, IIIa (T3N1M0) стадии);

– местно-распространенный (первично неоперабельный/нерезектабельный) РМЖ (IIIa (кроме T3N1M0), IIb, IIc стадии);

– метастатический РМЖ или рецидив болезни.

В литературных источниках приводятся неопределенные данные о МР РМЖ. По данным G.N. Hortobagyi [31], к местнораспространенному РМЖ относятся: злокачественные новообразования, максимальный размер которых превышает 5 см; опухоли до 5 см с поражением большей площади молочной железы, а также первичные новообразования вне зависимости от размеров, которые непосредственно распространяются на кожу молочной железы с образованием язв, отека, либо с формированием сателлитов в кожном покрове молочной железы. Также, к МР РМЖ относятся образования различных размеров с непосредственным распространением на кожный покров либо в ребра, наружные межреберные мышцы, *Musculus serratus anterior*, за исключением грудных мышц. Кроме того, в данную группу опухолей включают образования различных размеров с метастазами в подмышечные лимфоузлы на стороне опухолевого поражения; опухоли с клинически диагностируемыми метастатическими поражениями внутренних грудных лимфоузлов или с поражением надключичных лимфоузлов на стороне опухолевого поражения. Такому определению придерживаются и другие авторы [23, 32, 35].

По мнению некоторых ученых, МР РМЖ включает рак молочной железы в стадиях IIIa-IIIc, а также частично и IIb (в соответствии с TNM) [5, 22].

Как отмечает Переводчикова Н.И., в России нет отдельных статистических данных по частоте встречаемости местно-распространенной формы РМЖ. Однако, известно, что III стадия данной патологии выявляется в 26% случаев, в таком случае частота встречаемости IIb и IIc стадий РМЖ может составлять примерно 20% [9].

Диффузный рак молочной железы (ДРМЖ) входит в клиническую группу местно-распространенного РМЖ (МР РМЖ), к которой относятся опухоли III стадии (T3N1M0, T03N23M0 и T4N03M0) и опухоли IV стадий, при которых наблюдается метастатическое поражение только ипсилатеральных надключичных лимфоузлов [2, 7].

Термин «диффузный рак» происходит от латинского слова «diffusum, diffundo» (распределенный, расплывчатый, без наличия четких границ). Прорастание данного новообразования происходит

по типу разлитого инфильтрата с поражением со всех сторон железистого органа, то есть без определенной направленности опухолевого процесса.

При диффузном раке молочной железы наблюдается диффузное уплотнение тканей органа вследствие опухолевой инфильтрации, размеры молочной железы увеличиваются, ей кожа становится гиперемированной с локальной гипертермией (при некоторых формах РМЖ может повышаться температура тела), по всей кожной поверхности МЖ наблюдается ярко выраженная «лимонная корка», отмечается значительное утолщение ареолярных складок и соска с его втяжением. Очень часто встречаются метастазы в аксиальных лимфоузлах. В некоторых случаях возникает необходимость в дифференциации заболевания от мастита и рожистого воспаления [12].

На долю диффузных форм РМЖ приходится около 15-17%. Большую часть диффузных форм РМЖ составляют отечные формы [8].

В Республике Таджикистан доля больных диффузных форм РМЖ, по данным 2015 года составила 24,7% [10]. Последующее изучение частоты заболеваемости РМЖ в период с 2017 по 2021 годов показало, что количество больных диффузных форм РМЖ имеет тенденцию к заметному снижению. Так, анализ клинических данных истории болезни 359 больных, получивших лечение в условиях ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ с T4N0M0 - T4N1-3M1 стадий, куда входит диффузный рак молочной железы показал, что ДРМЖ в структуре РМЖ составляет 15,6%. Выявлено, что среди ДРМЖ наиболее часто встречаются больные с отечно-инфильтративной формой, что составило 64,3%. Больные с маститоподобной формой составили 16,1%, с рожистым воспалением – 12,5 и панцирным раком - 7,1%.

К вариантам «диффузного рака» большинства авторов относят инфильтративно-отечную, панцирную, рожеподобную и маститоподобную формы РМЖ. Характерными отличительными особенностями для данных форм РМЖ являются: быстро прогрессирующее течение заболевания, распространяющегося на окружающие молочную железу ткани, злокачественность процесса, интенсивность метастазирования опухоли через лимфатические кровеносные сосуды. Прогностический исход для таких пациентов является очень неблагоприятным [6, 17, 34].

Для отечно-инфильтративной формы РМЖ характерны быстрое увеличение массы и уплотнение ткани молочной железы в виде инфильтрации,

ранее метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. В русскоязычной литературе отечно-инфильтративную форму РМЖ делят на первично-отечную и вторично-отечную [15]. Первично-отечную форму называют, когда имеет место отек, инфильтрация ткани железы и гиперемия кожи без определения узла в молочной железе. Вторично-отечная форма имеет те же характерные симптомы, но определяется и опухолевый узел. При данной форме сначала появляется опухоль, а затем присоединяется отек. В англоязычной литературе и Международной классификации злокачественных опухолей по системе TNM эту форму РМЖ именуют как carcinoma inflammatory (воспалительный рак) и включают в категорию T4d, хотя воспалительная форма РМЖ отличается от обычной отечной формы высокой температурой, ярко красным цветом и горячий на ощупь кожи [18].

Как полагают ряд авторов, для истинной инфильтративно-отечной формы рака молочной железы характерным является диффузное распространение опухолевого процесса по тканям железы, не наблюдается наличие первичного опухолевого узла, а также очень неблагоприятный прогностический исход [16, 22]. При этом увеличение размера МЖ, гиперемия и отек кожи наблюдаются соответственно в 87%, 93,6% и 100% [21].

Частоты случаев встречаемости инфильтративно-отечных форм данной патологии в общей структуре вновь выявленных форм РМЖ составляет около 1–5% [22, 26, 36]. Инфильтративно-отечная форма РМЖ характеризуется высокой злокачественностью, высоким процентом неблагоприятного исхода с общими показателями 5-летней выживаемости в пределах 12% [28]. Было выявлено, что отечная форма рака не имеет ассоциации с каким-либо гистологическим вариантом опухолевого образования, при этом может встречаться при типичных и редких иммуногистохимических формах патологии [22, 38]. К числу этиологических факторов возникновения отека молочной железы относят быстрый рост образования, на фоне которого возникают расстройства с выведением через капилляры продуктов метаболизма опухолевых клеток [20, 28], а также поражение опухолевым процессом кожи и лимфатических сосудов с их эмболизацией, в результате чего затрудняется лимфоотток из тканей молочной железы [1].

Очень часто плотный либо эластично-плотный инфильтрат распространяется сразу на несколько секторов молочной железы или же на значительную ее площадь. Вследствие отека и инфильтрации

кожи и ткани железы возникают расстройства в естественном лимфооттоке, способствующие увеличению размеров молочной железы с выраженной её деформацией. Увеличенные регионарные лимфатические узлы обычно безболезненные.

На основании анализ данных литературы и собственных наблюдений Э.К. Сарибекян (2012) позволил себе прийти к заключению, что появление инфильтрации ткани молочной железы и отека кожи связаны с биологической особенностью самой опухоли, а также особенностью лимфо- и кровообращения в перифокальной зоне опухоли и молочной железы [15].

В диагностике отечно-инфильтративной формы РМЖ наряду с клиническими признаками подтверждающую информацию дают УЗИ, МРТ, ПЭТ/КТ, цитологическое и морфологическое исследование биопсийных материалов. Маммография остается обязательным методом обследования, хотя среди перечисленных методов является наименее чувствительным, так как на фоне отека менее вероятно обнаружение опухоли. С другой стороны из-за отека и болевого симптома нередко затруднено выполнение маммографии [5].

Информативность УЗИ при отечно-инфильтративном РМЖ составляет 80-93% [25]. УЗИ четко показывает инфильтрацию паренхимы молочной железы, утолщение кожи и отека подкожно-жировой клетчатки, до 93% выявляет поражение лимфатических узлов.

МРТ с контрастным усилением показывает изменения ткани и увеличение железы, утолщение кожи отек и плотности ткани, что составляет её информативностью 90-100% [24, 39].

Совмещение ПЭТ и КТ позволяет визуализации функциональных или метаболических изменений в ткани молочной железы и топике выявленных изменений - [30].

Рожистоподобная форма проявляется резко возникающим покраснением кожных покровов на молочной железе, даже за пределами пораженной железы. Гиперемия по своему виду напоминает рожистое воспаление (что послужило названию рожистоподобной формы) по типу пятна с «оборванными» зубчатовидными границами, в ряде случаев может наблюдаться резкое увеличение температуры тела. Очень часто данную форму рака ошибочно диагностируют как рожистое воспаление, в результате чего пациенту назначают неадекватную терапию с применением физиотерапевтических процедур и противовоспалительных средств. Подобное лечение приводит к ухудшению

состояния больной, трате драгоценного времени. Поэтому очень важно своевременно проводить дифференциальную диагностику заболевания.

Для маститоподобной формы РМЖ характерны такие же проявления, как и при мастите, в связи с чем нередко опухолевый процесс ошибочно диагностируется как воспалительный. При этом наблюдается увеличение молочной железы, пальпаторно ощущается плотность тканей, локальная гиперемия на коже в области поражения, повышается местная температура. Вскоре может присоединиться инфекция, повышается общая температура. Нередко хирургами производится попытка вскрытия мастита, не получить гной, направляют к онкологу.

Панцирная форма РМЖ представляет собой своеобразную диффузно-инфильтрирующую форму заболевания. Опухоль прорастает в толщу лимфососудов органа с переходом на грудную стенку, подкрыльцовую впадину, верхнюю конечность, с развитием локальной инфильтрации, которая, словно панцирь, начинает сковывать пациента, осложняя дыхательные движения.

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и профилактике РМЖ, частота диффузных форм РМЖ (ДРМЖ) у женщин держится на высоком уровне и определяет актуальность современной онкомаммологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беришвили И.Б. Первичная и вторичная отечно-инфильтративная формы рака молочной железы: сходство или различия? / И.Б. Беришвили, К.П. Лактионов // Российский биотерапевтический журнал. – 2009. – Т. 8, №3. – С. 75–80.
2. Добровольская Н.Ю. Лекарственная и лучевая терапия в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака молочной железы. http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v7/papers/dobro_v7.htm
3. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году/Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – илл. – 239 с.
4. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (Заболеваемость и смертность) //Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, Москва 2020. – 252 с.
5. Колесник А.Ю. Новые подходы к диагностическому алгоритму отечно-инфильтративной формы рака молочной железы / А.Ю. Колесник и

др. // Медицинская визуализация. – 2014. – №5. – С.124–129.

6. Колесник А.Ю. Молекулярно-биологические свойства отечно-инфильтративной формы рака молочной железы / А.Ю. Колесник и др. // Вопросы онкологии. – 2016. – Т. 62, №4. – С. 485–489.

7. Кубанцев К.Б. «Хирургическое лечение больных с местнораспространенными опухолями молочной железы с одномоментной пластикой грудной стенки ТРАМ-лоскутом» Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Волгоград – 2010. 156 с.

8. Пак Д.Д., Сарибекян Э.К. Опухоли молочной железы //Руководство по онкологии / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. С. 382-40

9. Переводчикова, Н.И. Неоадьювантная терапия больных местнораспространенным неоперабельным раком молочной железы / Н.И. Переводчикова // "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Онкология, Гематология и Радиология" №1 | 2012 – С. 21-25

10. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в республике Таджикистан за 2003-2013гг.// Сборник тезисов 1-го Российского онкологического научно-образовательного форума с международным участием «Белые ночи – 2015». – 8-10 июня 2015г. - С. 393-394.

11. Расулов С.Р. Тенденции рака молочной железы в Республики Таджикистан (заболеваемость, смертность) / С.Р. Расулов, З.Х. Рафиева, К.С. Расулов // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения, 2018. - №2 – С. 79-83.

12. Расулов С.Р. Онкомаммология - Душанбе: «Империял-Групп», 2021. – 208 с.

13. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг. / С.Р. Расулов, Д.Ф. Ганиев // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения, 2022.2 – С. 52-56

14. Рахимова М.Н., Уразаева С.Т., Уразаев О.Н., Бегалин Т.Б. Эпидемиология рака молочной железы в странах СНГ и Республике Казахстан (литературный обзор). West Kazakhstan Medical journal 2019;61(1):46–55.

15. Сарибекян Э.К. Отечная форма рака молочной железы / Э.К. Сарибекян // Российский онкологический журнал, №2, 2012. – С. 4-8

16. Сарибекян Э.К. Факторы прогноза лечения отечно-инфильтративного рака молочной железы / Э.К. Сарибекян и др. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. – Т. 2, №1. – С. 10–13.

17. Стенина М.Б. Рак молочной железы: наиболее важные научные события и выводы последних лет / М.Б. Стенина, М.А. Фролова // Практическая онкология. – 2011. – Т. 12 (1). – С. 6–11.

18. TNM: Классификация злокачественных опухолей / Под ред. Дж.Д. Брайерли и др.; пер. с англ. и научн. ред. Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. 2-е изд. на русском языке. — М.: Логосфера, 2018. — 344 с. Перевод изд. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th ed.

19. Федоров В.Э., Ласкано М., Чебуркаева М.Ю. Характеристика распространения рака молочной железы зарубежом (обзор литературы) / Международный научно-исследовательский журнал ▪ №4 (46) ▪ Часть 5 ▪ Апрель. С. 138-141. DOI: 10.18454/IRJ.2016.46.293

20. Чеснокова Н.П. Рак молочной железы: проблемы патогенеза / Н.П. Чеснокова, В.Ю. Барсуков, О.А. Злобнова // Фундаментальные исследования. – 2012. – №4. – С. 146–151.

21. Чхиквадзе В.Д. Отечно-инфильтративный рак молочной железы: целесообразность разделения на первичную и вторичную формы / В.Д. Чхиквадзе [и др.] ОНКОЛОГИЯ. ЖУРНАЛ им. П.А. ГЕРЦЕНА, 1, 2015. – С. 21-24

22. Шкурников М.Ю. Экспрессионный профиль воспалительной формы рака молочной железы / Шкурников М.Ю. и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2013. – Т. 155 (5). – С. 619–625.

23. Alejandro Martin Sanchez. New challenges in multimodal workout of locally advanced breast cancer / Alejandro Martin Sanchez [et al.] //The surgeon xxx (2017) 1-7

24. Alikhass A., Omranipour R., Alikhassy Z. et al. Congestive Heart Failure versus Inflammatory Carcinoma in Breast. Case Rep. Radiol. 2014: 815–896.

25. Alunni J.P. Imaging inflammatory breast cancer. Diagn. Interv. Imaging. 2012; 93 (2): 95–103.

26. Dawood, S. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment / S. Dawood et al. // Ann. Oncol. – 2011. – Vol. 22, №3. – P. 515–523

27. Eijkelboom A. Borstkanker in Nederland trends 1989–2019 gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie [Internet]. 2020.// A. Eijkelboom [et. al.] © IKNL, oktober 2020. <https://borstkanker.nl/sites/default/files/2020-10/RapportBorstkankerinNederland.Pdf>.

28. Fernandez, S.V. Inflammatory breast cancer (IBC): clues for targeted therapies / S.V. Fernandez

et al. // Breast Cancer Res. Treat. – 2013. – Vol. 140 (1). – P. 23–33.

29. GLOBOCAN 2012, la incidencia de cáncer y mortalidad en el mundo: IARC Base cáncer No. 10 [Internet] / J. Ferlay [et al.] // Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer: <http://globocan.iarc.fr>.

30. Groheux D., Giacchetti S., Delord M. et al. 18F-FDG PET/CT in staging patients with locally advanced or inflammatory breast cancer: comparison to conventional staging. J. Nucl. Med. 2013; 54 (1): 5–11.

31. Hortobagyi G.N., Ames F.C., Buzdar A.U. et al. Management of stage III primary breast cancer with primary chemotherapy, surgery and radiation therapy // Cancer. – 1988. – N 62. – P.2507-2516.

32. Jana Hornova. Locally advanced breast cancer in elderly patients / Jana Hornova [et al.] // Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2017 Jun; 161(2):217-222.

33. Kang S.Y. Breast Cancer Statistics in Korea in 2017: Data from a Breast Cancer Registry. // S.Y. Kang [et al.] J Breast Cancer. 2020 Apr; 23 (2):115–28.

34. Luftner, D. Advances in breast cancer – looking back over the year / D. Luftner et al // Geburtsh Frauenheilk. – 2012. – Vol. 72 (12). – P. 1117–1129.

35. Pankaj Kumar Garg. Current Definition of Locally Advanced Breast Cancer / Pankaj Kumar Garg [et al.] // Current Oncology, 2015, Vol. 22, No. 5. – 409;

36. Sinclair, S. Primary systemic chemotherapy for inflammatory breast cancer / S. Sinclair, S.M. Swain // Cancer. – 2010. – Vol. 116 (11). – P. 2821–2828.

37. The Global Cancer Observatory - All Rights Reserved, December, 2020

38. Yamauchi, H. Inflammatory breast cancer: what we know and what we need to learn / H. Yamauchi et al. // Oncologist. – 2012. – Vol. 17 (7). – P. 891–899.

39. Wang L., Wang D., Fei X. et al. A Rim-Enhanced Mass with Central Cystic Changes on MR Imaging: How to Distinguish Breast Cancer from Inflammatory Breast Diseases? PLoS One. 2014; 9 (3): 90355.

40. World Health Organization. Estimated number of cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages.

ХУЛОСА

С.Р. Расулов, Ч.С. Обидов

САРАТОНИ ДИФФУЗИИ ҒАДУДИ ШИРӢ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА КЛИНИКА)

Дар мақола таҳлили адабиёти муосир дар бораи этиология ва нишонаҳои клиникии саратони намуди диффузии ғадуди ширӣ оварда шудааст. Маълум карда шудааст, ки саратони намуди диффузии ғадуди ширӣ дар байни дигар намудҳои саратони ғадуди ширӣ анқариб 15-17%-ро ташкил медиҳад. Барои ин намуди саратони ғадуди ширӣ ғафсшавии фарогири бофтаҳои ғадуд, вобаста ба инфилтратаи омос, калоншавии ҳаҷми ғадуд, сурхии пӯст ва гипертермияи он, намудҳои баръалои симптоми “пӯсти лимӯ” бо фарогири пӯст, ғафсшавии амиқи пистон ва чини ареола, дар бештар ҳолат иллати гирехҳои лимфавии зерӣ бағал хос мебошад.

Калимаҳои калидӣ: Омосҳои бадсифат, саратони диффузии ғадуди ширӣ, эпидемиология, клиника.

УДК 616.361-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-119-130

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Решетняк Василий Иванович – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; Тел.: +74956096700; Email: vasiliy.reshetnyak@yandex.ru

Первичный билиарный холангит, ранее известный как первичный билиарный цирроз, является редким аутоиммунным заболеванием печени, которым страдают в основном женщины. Развивающееся нарушение

процессов желчевыделения и энтерогапатической циркуляции желчных кислот у пациентов с первичным билиарным холангитом уже на ранних стадиях заболевания приводит к недостаточному поступлению их в кишечник и попаданию желчных кислот в общий кровоток. Недостаточное поступление желчных кислот в двенадцатиперстную кишку способствует развитию мальабсорбции, энергетической недостаточности питания, потере веса, медленно прогрессирующему похуданию. Патологические механизмы развития потери веса и медленно прогрессирующего похудения связаны с ухудшением процессов эмульгирования жиров и уменьшением всасывания гидролизованных продуктов – жирных кислот и моноглицеридов, стеатореей у пациентов с первичным билиарным холангитом, а также с дисбиозом кишечной микрофлоры. Уже на ранних стадиях заболевания это приводит к ускоренному β -окислению жирных кислот, которое направлено на компенсацию развивающейся энергетической недостаточности питания. Попадание желчных кислот в общий кровоток при первичном билиарном холангите сопровождается дислипидемией. Механизм гиперлипидемии у пациентов с первичным билиарным холангитом отличается от такового при других состояниях, поскольку наряду с увеличением общего холестерина, отмечается повышение уровня липопротеинов высокой плотности и появление необычного липопротеина X (Lp-X). Появление последнего, скорее всего является защитной реакцией организма, направленной на инактивацию detergentного действия желчных кислот на мембранные структуры форменных элементов крови и эндотелиоцитов сосудов. Именно желчные кислоты, а не содержание общего холестерина, коррелирует с уровнем липопротеина X и определяет его образование. Сопутствующая гиперхолестеролемиа у пациентов с первичным билиарным холангитом также направлена на нейтрализацию detergentного действия желчных кислот, попавших в общий кровоток и, скорее всего, является компенсаторной реакцией организма. «Аномальная» гиперхолестеролемиа при первичном билиарном холангите может служить модельной системой для поиска и разработки новых способов лечения дислипидемий, так как протекает без увеличения частоты сердечно-сосудистых событий.

Ключевые слова: первичный билиарный холангит (ПБХ), нарушение обмена пищевых липидов при ПБХ, гиперхолестеролемиа, механизм развития дислипидемии при ПБХ

V.I. Reshetnyak, I.V. Maev

DYSLIPIDEMIA AND ITS FEATURES IN PRIMARY BILIARY CHOLANGITIS

Moscow State University of Medicine and Dentistry A.I. Evdokimova, Moscow, Russia

Reshetnyak Vasily Ivanovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Propedeutika of Internal Diseases and Gastroenterology, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov; Tel: +74956096700; Email: vasily.reshetnyak@yandex.ru

Primary biliary cholangitis, previously known as primary biliary cirrhosis, is a rare autoimmune liver disease that mostly affects women. Disorder of biliary excretion and enterohepatic circulation of bile acids in patients with primary biliary cholangitis in the early stages of the disease leads to their insufficient flow into the intestine and ingestion of bile acids into the general bloodstream. Insufficient intake of bile acids into the duodenum contributes to malabsorption, energetic malnutrition, and a slowly progressing weight loss. Pathophysiological mechanisms of the development of weight loss are related to impaired emulsification of fats and decreased absorption of hydrolyzed products - fatty acids and monoglycerides, steatorrhea in patients with primary biliary cholangitis as well as to dysbiosis of intestinal microflora. Already in the early stages of the disease, this leads to accelerated β -oxidation of fatty acids, which is aimed at compensating for the developing nutritional energy deficiency. Entry of bile acids into the general bloodstream in primary biliary cholangitis is accompanied by dyslipidemia. The mechanism of hyperlipidemia in patients with primary biliary cholangitis differs from that in other conditions because along with the increase in total cholesterol, there is an increase in high-density lipoproteins and the appearance of unusual lipoprotein X (Lp-X). The appearance of the latter is most likely a protective reaction of the body aimed at the inactivation of bile acids detergent action on membrane structures of blood-forming elements and vascular endotheliocytes. Exactly bile acids, but not the content of total cholesterol, correlates with the level of lipoprotein X and determine its formation. Concomitant hypercholesterolemia in patients with primary biliary cholangitis is also aimed at neutralizing the detergent action of bile acids that entered the general bloodstream and is most likely a compensatory reaction of the body. "Abnormal" hypercholesterolemia in primary biliary cholangitis can serve as a model system to search for and develop new ways of dyslipidemia treatment, as it proceeds without increasing the frequency of cardiovascular events.

Keywords: primary biliary cholangitis (PBC), disorders of dietary lipid metabolism in PBC, hypercholesterolemia, mechanism of dyslipidemia in PBC.

Первичный билиарный холангит (ПБХ), ранее известный как первичный билиарный цирроз, представляет собой хроническое прогрессирующее холестатическое гранулематозное и деструктивное воспалительное поражение внутридольковых и септальных мелких желчных протоков, которое, вызвано аутоиммунным механизмом и сопровождается наличием в сыворотке крови антимитохондриальных антител (АМА) и тенденцией к прогрессированию в цирроз печени [12, 31, 36]. Дефицит аутоиммунной толерантности является инициирующим критическим фактором начала заболевания и постепенного развития внутрипеченочного холестаза [34]. Внутрипеченочный холестаз при ПБХ – это многофакторный процесс, который связан с повреждением субклеточных структур в эпителиоцитах внутрипеченочных желчных протоков и изменением метаболизма желчных кислот за счет нарушения процессов желчевыделения и их энтерогапатической циркуляции. Развивающийся внутрипеченочный холестаз приводит к недостаточному поступлению желчных кислот в двенадцатиперстную кишку, и, с другой стороны, к повышенному накоплению желчных кислот в гепатоцитах и плазме крови. Именно эти изменения в процессах желчеобразования и желчевыделения у пациентов с ПБХ следует рассматривать в качестве первопричины в нарушении липидного обмена при ПБХ. Нарушения в метаболизме и транспортировке липидов при этом происходят, как в отношении липидов, поступающих в организм человека с пищей, так и в отношении липидов и их транспортных систем, синтезируемых в организме.

Механизм нарушения обмена пищевых липидов при ПБХ. Недостаточное поступление желчных кислот в просвет кишечника у пациентов с ПБХ приводит к снижению скорости процессов гидролиза жиров и недостаточному всасыванию в тонком кишечнике жиров и жирорастворимых витаминов (А, D, E, K). Это способствует развитию и прогрессированию недостаточности питания за счет стеатореи (потеря жира с фекалиями более 7 граммов в сутки) и постепенному развитию витаминно-минеральной недостаточности [30–32, 37]. Тяжесть стеатореи коррелирует со снижением продукции и концентрации желчных кислот в просвете кишечника ($r=0,82$; $P<0,0001$), уровнем повышения сывороточного билирубина ($r=0,88$; $P<0,001$) и поздними гистологическими стадиями ПБХ ($P < 0,005$) [18]. Механизм развития стеатореи [37] связан с недостаточным эмульгировани-

ем жиров в результате сниженного поступления желчных кислот в просвет кишечника. При этом процессы гидролиза жиров панкреатическими липазами не нарушены. Результаты, полученные Ros и соавт., указывают на то, что функция поджелудочной железы, как правило, сохранена и не является причиной развития стеатореи при ПБХ [33]. Активность щелочной фосфатазы в сыворотке крови пациентов с ПБХ не коррелирует с тяжестью стеатореи, а активность амилазы поджелудочной железы находится в пределах нормы [23, 33]. Эмульгирование жиров необходимо для увеличения площади соприкосновения субстрата с ферментами липазами. Уменьшение процессов эмульгирования жиров приводит к снижению скорости их гидролиза, что приводит к неполному их перевариванию в процессе продвижения по кишечнику и способствует постепенному развитию стеатореи.

Кроме эмульгирования жиров, желчные кислоты в кишечнике участвуют в абсорбции гидролизованных жиров и жирорастворимых витаминов. Жирные кислоты и моноглицериды, образующиеся из нейтральных жиров и фосфолипидов с участием желчных кислот и под воздействием липаз, а также жирорастворимые витамины в верхних отделах тонкой кишки подвергаются абсорбции энтероцитами в виде эмульсии липоидно-желчных комплексов (рис. 1). Желчные кислоты, являясь сильными детергентами, образуют с жирными кислотами и моноглицеридами мицеллярные или ламеллярные структуры для абсорбции энтероцитами [30–32].

Внутри энтероцитов комплексы распадаются и жирные кислоты, моноглицериды, жирорастворимые витамины остаются в энтероцитах. Жирные кислоты используются клеткой в качестве строительного, энергетического материала или включаются далее в хиломикроны, а желчные кислоты снова выходят в просвет кишечника и принимают участие в эмульгировании жиров и в образовании новых липоидно-желчных комплексов для доставки жирных кислот, моноглицеридов и жирорастворимых витаминов в энтероциты. За время продвижения по тонкой кишке желчные кислоты способны 4–6 раз участвовать в процессах доставки жирных кислот и моноглицеридов внутрь энтероцитов [30]. Таким образом, недостаточное поступление желчных кислот в кишечник при ПБХ нарушает процессы абсорбции жиров и жирорастворимых витаминов.

Дефицит желчных кислот в кишечнике не только ухудшает эмульгирование жиров и умень-

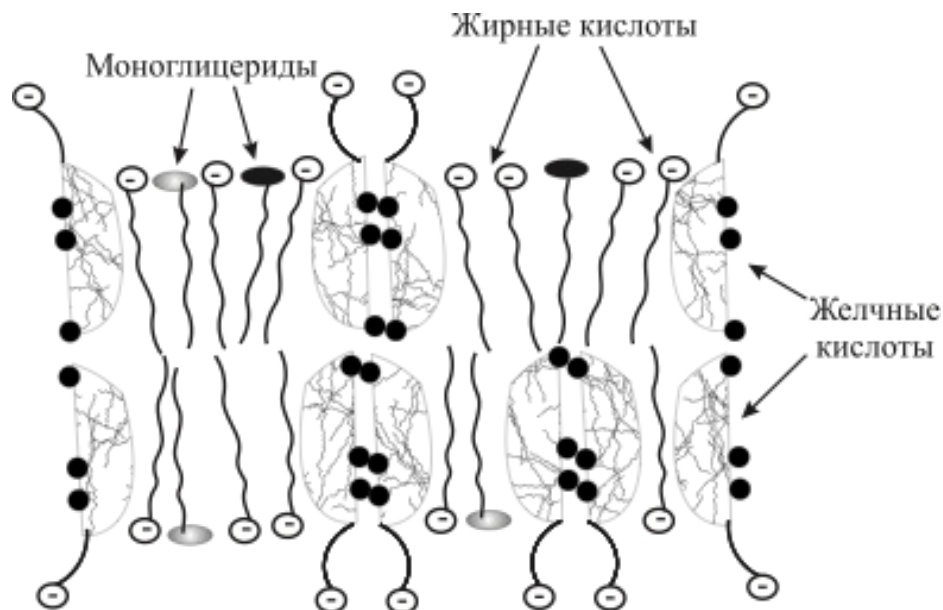


Рисунок 1. Схематическое изображение состава липоидно-желчных комплексов, образующихся в тонкой кишке

шает всасывание гидролизированных продуктов – жирных кислот и моноглицеридов у пациентов с ПБХ, но и приводит к дисбиозу микробиома кишечника [2, 23, 33]. DiBaise и соавт. предполагают, что дисбиоз также играет значимую роль в развитии стеатореи у пациентов с ПБХ и что у этих больных следует обязательно проводить оценку избыточного роста бактерий [8].

Так как недостаточное поступление желчных кислот в кишечник является одним из первых признаков, то уже на ранних стадиях заболевания в кале пациентов с ПБХ можно обнаружить примеси не полностью переваренных жиров – один из признаков стеатореи. По мере прогрессирования заболевания и развития стеатореи у большинства больных стул приобретает кашицеобразную консистенцию, вплоть до диареи различной степени выраженности. Наряду с этим у отдельных пациентов с ПБХ наблюдаются запоры. Последние можно объяснить невыраженной (легкая степень) стеатореей, определенным изменением микробиома кишечника и недостаточным влиянием малого количества желчных кислот на моторику кишечника [2, 39].

Постепенно и незаметно прогрессирующая стеаторея приводит к развитию недостаточности питания и медленно прогрессирующего похудения у пациентов с ПБХ, что достаточно длительное время проявляется лишь общей слабостью и/или снижением работоспособности [32]. Даже незначительный дефицит нутриентов, сопровождается постепенно нарастающим гликогенолизом и сниже-

нием гликогеногенеза, что приводит к включению механизмов компенсации. Последние призваны защитить жизненно важные органы, нуждающиеся в повышенном потреблении энергии (мозг, сердечная мышца, эритроциты и др.), от дефицита энергии путем перераспределения пластических и энергетических ресурсов [1]. Это приводит к мобилизации энергоресурсов жировой ткани и потреблению в качестве энергетического материала жирных кислот. Последние становятся важными субстратами для выработки энергии. За счет ускорения процессов β -окисления жирных кислот наблюдается прогрессирующее уменьшение запасов жира в организме пациентов с ПБХ [32].

Гиперхолестеролемия и ксантелазмы при ПБХ. Недостаточное поступление желчных кислот в кишечник при ПБХ ухудшает солюбилизацию пищевого холестерина и образование мицелл, что приводит к снижению его всасывания из кишечника. Через систему обратной связи стимулируется внутрипеченочный синтез холестерина и снижается захват печенью липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) через их рецепторы [13]. Повышенный синтез холестерина в печени приводит к увеличению его уровня в крови.

В связи с развивающимся и нарастающим холестазом происходит одновременное накопление желчных кислот в гепатоцитах и повышение их уровня в плазме крови. Попавшие в общий кровоток желчные кислоты у пациентов с ПБХ требуют нейтрализации их детергентного действия на мембранные структуры форменных элементов

крови и эндотелиоцитов сосудистой стенки. Это сопровождается нарушением липидного обмена у пациентов с ПБХ. Возникающая при этом дислипидемия связана прежде всего с изменением синтеза и транспорта холестерина и фосфолипидов. Повышение уровня желчных кислот в плазме крови у пациентов с ПБХ через систему обратной связи приводит к повышенной экспрессии фактора роста фибробластов 19 (FGF19), который активирует печеночный мембранный рецептор FGFR4, подавляя синтез желчных кислот, что способствует развитию гиперхолестеролемии [4, 40].

Длительное повышенное содержание холестерина в плазме крови пациентов с ПБХ, в результате увеличения его синтеза в печени, может приводить к образованию ксантом и ксантелазм. Ксантелазмы представляют собой разнообразной формы, одиночные или множественные, плоские слегка приподнятые над кожей образования бледно-желтого цвета (рис. 2).

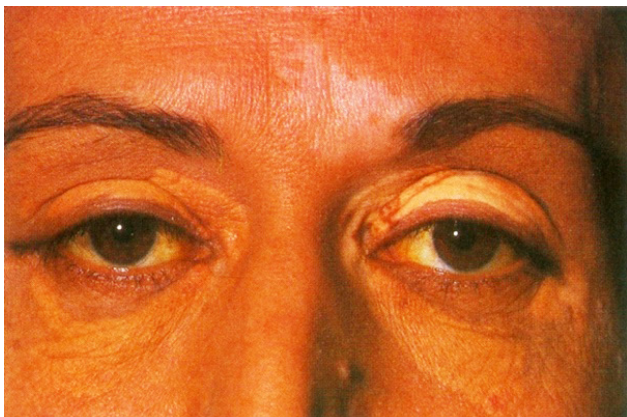


Рисунок 2. Ксантелазмы на веках обеих глаз у пациентки с ПБХ.

Ксантелазмы появляются у пациентов с ПБХ на коже верхних и нижних век, в складках ладоней и под молочными железами. Наряду с этим в области суставов, сухожилий и в точках, подвергающихся частому длительному давлению (в области локтевого и коленного суставов, ягодиц) могут выявляться ксантомы.

Существует взаимосвязь между развитием кожных ксантелазм и повышением уровня общего холестерина в сыворотке крови. По данным Kunkel HG & Ahrens EH, ксантелазмы на коже появляются при концентрации холестерина в крови более чем 450 мг/дл [17]. При этом повышенный уровень холестерина в плазме крови должен сохраняться не менее 3 месяцев. Ксантелазмы могут исчезать при нормализации уровня холестерина, а также

на поздней стадии заболевания вследствие прогрессирования гепатоцеллюлярного повреждения и нарушения синтеза холестерина. Диеты с низким содержанием жира для уменьшения ксантелазм признаны неудачными и даже вредными [20].

У пациентов с ПБХ уже на ранних стадиях заболевания при биохимическом исследовании сыворотки крови отмечается дислипидемия, проявляющаяся повышенным содержанием общего холестерина (ОХ), фосфолипидов (ФЛ), жирных кислот, холестерина липопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности [11], а также появлением в плазме крови липопротеина X (Lp-X) [40]. При этом уровень триглицеридов у пациентов с ПБХ практически не изменяется или повышен незначительно. Считается, что незначительное повышение нейтральных липидов при ПБХ может быть связано со снижением уровня активности липопротеинлипазы (ЛПЛ). ЛПЛ расщепляет триглицериды, содержащиеся в самых крупных по размеру и богатых липидами липопротеинов плазмы крови — хиломикронов (ХМ) и липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП).

Механизм развития дислипидемии при ПБХ. Для понимания механизмов нарушения липидного обмена при ПБХ, важно обсудить физико-химические свойства основных липидов и их транспорт в организме человека.

Как известно, триглицериды, фосфолипиды, холестерин, жирные кислоты в водной среде, каковой является кровь и желчь, не могут существовать в мономерной форме. Поэтому в крови и желчи транспортировка липидов, осуществляется за счет образования специальных мицеллярно-лямеллярных структур, липопротеинов. Так как молекулы триглицеридов и холестерина являются самыми гидрофобными из всех перечисленных липидов, то они сами не могут образовывать мицеллярно-лямеллярные структуры. В то время как фосфолипиды, являясь амфифильными соединениями (содержат в своей молекуле гидрофильную и гидрофобную части), легко образуют мицеллярные и/или ламеллярные (моно-, бислойные) структуры, каковыми в крови являются различные классы липопротеинов. Известно, что липопротеины крови – это моноламеллярные фосфолипидные частицы [7]. Последние могут солубилизировать (захватывать) на себя незатерифицированный (свободный) холестерин (большая стероидная структура с маленькой заряженной гидроксильной группой) и встраивать его в фосфолипидную частицу между молекулами фосфолипидов. В этом плане, фос-

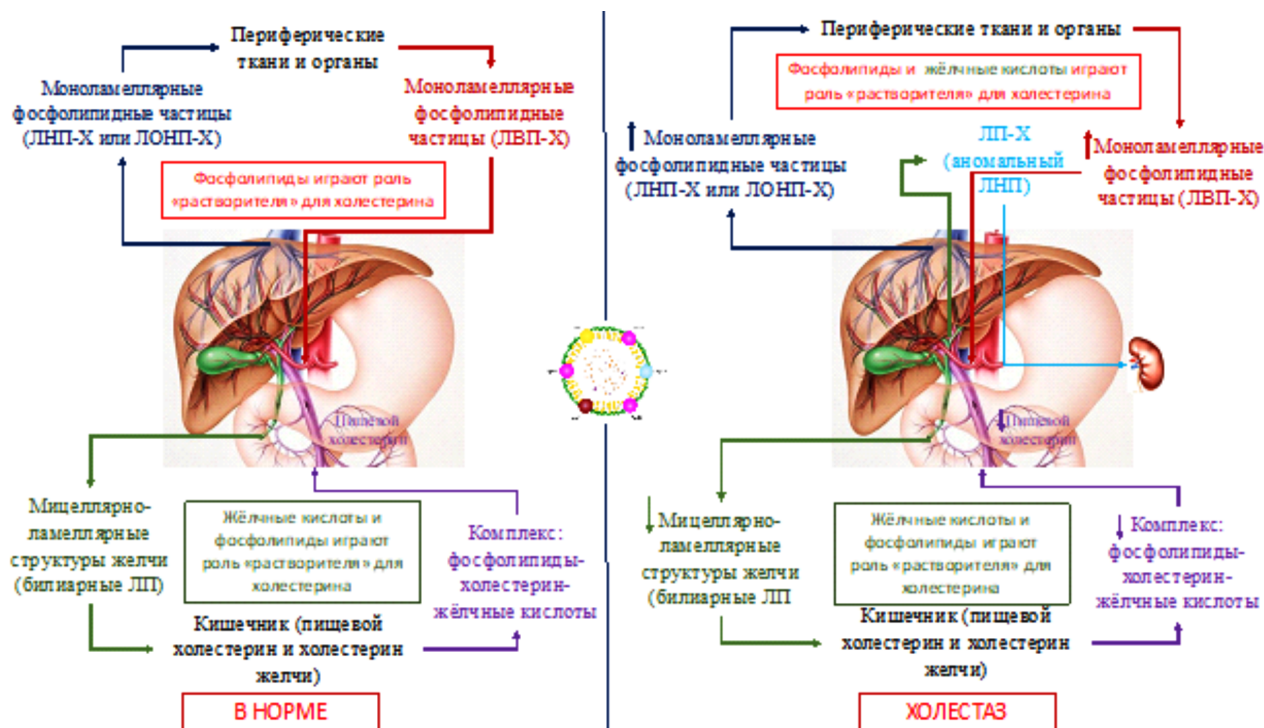


Рисунок 3. Схематическое изображение транспорта холестерина в организме человека в норме (левая часть рисунка) и при холестазе (правая часть рисунка). Примечание: ЛП - липопротеин(ы); ЛНП-Х — холестерин липопротеинов низкой плотности; ЛОНП-Х — холестерин липопротеинов очень низкой плотности; ЛВП-Х — холестерин липопротеинов высокой плотности; ЛП-Х — липопротеин X.

фолипиды липопротеиновых частиц можно рассматривать как «растворитель» для свободного холестерина (рис. 3). Соотношение холестерин/фосфолипиды в составе липопротеинов плазмы крови наряду с молекулярным весом липопротеинов (ЛПВП, ЛПНП или ЛПОНП) предопределяет степень растворимости холестерина. Этерифицированный (связанный с жирными кислотами) холестерин и триглицериды, являясь полностью гидрофобными молекулами располагаются внутри (в сердцевине) фосфолипидной монослойной частицы, и таким образом транспортируются в плазме крови.

В желчи, кроме холестерина и фосфолипидов (преимущественно фосфатидилхолинов, лецитинов), присутствуют желчные кислоты — конечный продукт катаболизма холестерина. Последние, как и фосфолипиды, являются амфифильными соединениями и тоже могут образовывать мицеллярно-ламеллярные структуры в водной среде и служить «растворителем» для холестерина. В результате в желчи фосфолипиды и желчные кислоты формируют мицеллярно-ламеллярные структуры, solubilizing на себя холестерин. Степень растворимости холестерина в желчи определяется соотношением холестерин/фосфолипиды/желчные

кислоты. Присутствие в этих частицах желчных кислот, кроме фосфолипидов, приводит к образованию бислойных/многослойных фосфолипидных частиц [19, 24], которые в нативной желчи представляют желчные липопротеины (желчный ЛП) [24]. Общая концентрация желчных кислот в выделенных желчных ЛП составляет от 1% до 3% по весу [24]. Альбумин в желчных ЛП выполняет функцию апопротеина [24]. Таким образом желчные ЛП отличаются от липопротеинов плазмы крови по структурной организации: первые — это бислойные фосфолипидные частицы, вторые — монослойные, что определяется прежде всего наличием в желчи и отсутствием в плазме крови желчных кислот, а также низкой концентрацией альбумина в желчи [19, 24]. Выведение холестерина и желчных кислот с желчью играет важную роль в гомеостазе холестерина у человека. В норме у здоровых людей, как желчные липопротеины, так и липопротеины плазмы «не пересекаются» и выполняют важную функцию — транспорт липидов, и прежде всего холестерина, в плазме крови и в желчи (рис. 3). Важно подчеркнуть, что при этом «растворителем» для холестерина в ЛП крови служат фосфолипиды, а в ЛП желчи — фосфолипиды и

жёлчные кислоты, что определяет моно- и бислойную структуру первых и вторых соответственно.

Гомеостаз холестерина включает его перемещение между периферическими тканями и печенью. Поддержание постоянства уровня холестерина в плазме крови здорового человека зависит от его поступления, транспортировки и выведения из общего кровотока. Содержание холестерина в плазме крови пополняется за счет всасывания в кишечнике пищевого и желчного холестерина, синтеза эндогенного холестерина, который синтезируется главным образом в печени, и секреции в кровоток частиц ЛПОНП и ЛПНП, содержащих холестерин [7]. Снижение уровня холестерина в плазме крови достигается за счет поглощения ХС ЛПНП и ХС ЛПВП печенью, выведения холестерина с желчью и его катаболизма в печени с образованием первичных (холевая, хенодесоксихолевая) желчных кислот [26]. Небольшое количество холестерина теряется вместе с эпителиальными клетками кожи, кишечника, которые естественным образом отслаиваются с поверхности кожи и слизистых оболочек [5]. Печень является центральным органом, который регулирует биосинтез холестерина *de novo*, выведение холестерина в желчь (непосредственно или после превращения в желчные кислоты), секрецию холестерина в кровь в виде ЛПОНП и ЛПНП, модуляцию опосредованного рецепторами клеточного поглощения холестерина, образование сложных эфиров холестерина, которые являются более гидрофобными, чем сам холестерин, и хранение холестерина.

Количественные изменения желчных кислот, как одного из «растворителей» холестерина, в кишечнике и плазме крови у пациентов с ПБХ меняют условия для транспорта и выведения холестерина из организма.

Исходя из физико-химических свойств жёлчных кислот, нейтрализовать попавшие в общий кровоток в результате холестаза желчные кислоты у пациентов с ПБХ, можно путём формирования мицеллярно-ламеллярных структур с фосфолипидами и холестерином, подобно ЛП, которые образуются в желчи. В результате в плазме крови пациентов с ПБХ, уже на ранних стадиях заболевания, повышается содержание фосфолипидов, общего холестерина, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и определяется аномальный липопротеин X (Lp-X). Повышение уровня ХС ЛПВП у пациентов с ПБХ, отчасти зависит от аполипопротеина A1 (ApoA-1) [28]. ApoA-1 основной белковый компонент ЛПВП, содержит два основных класса липопротеинов, со-

держащих аполипопротеин A1: LpA1 и LpA1:A2 [38]. У пациентов с ПБХ LpA1 обнаруживается в больших концентрациях, чем LpA1:A2 по сравнению с контрольной группой [38]. На поздней, терминальной стадии ПБХ у пациентов с наличием Lp-X можно отметить уменьшение концентрации ХС ЛПВП, за счет значительного снижения белково-синтетической функции гепатоцитов.

Липопротеин-X, считают аномальным липопротеином низкой плотности, который присутствует у пациентов с внутри- или внепеченочным холестазом [3, 25]. Lp-X содержит желчные кислоты, альбумин, высокую долю неэтерифицированного (свободного) холестерина и фосфолипидов [19]. К сожалению, информации о составе желчных кислот в Lp-X крайне мало. По данным Narayanan S. литохолевая кислота, является основным представителем желчных кислот в Lp-X [25,29]. В отличие от обычных липопротеинов крови, которые имеют один слой фосфолипидов, который окружает гидрофобное ядро из эфиров холестерина и триглицеридов, Lp-X имеет везикулярную структуру [19].

Согласно электронномикроскопическим исследований Lp-X представляет собой ламеллярную бислойную или даже многослойную фосфолипидную частицу диаметром от 30 до 70 нм, обладающую агрегирующими свойствами [10,19]. Частица Lp-X характеризуется высоким содержанием фосфолипидов (66 мас.%), в основном фосфатидилхолина и свободного, неэтерифицированного холестерина (22%), а также низким содержанием белков (6%), сложных эфиров холестерина (3%) и триглицеридов (3%) [35]. Альбумин является основным белковым компонентом, который находится внутри сердцевины Lp-X [35].

Lp-X также содержит относительно небольшие количества обменных аполипопротеинов, таких как apoA-1, apo-E и apo-C, предположительно связанных с его фосфолипидной поверхностью, но Lp-X не содержит apo-B. [19]. Apo-B содержится в ЛПНП и является лигандом для рецепторов ЛПНП [3]. Из-за отсутствия Apo-B в структуре Lp-X, эта частица не может взаимодействовать с рецепторами ЛПНП несмотря на его схожесть с ЛПНП, и, в связи с этим, не подвергается печеночному клиренсу, опосредованному рецепторами ЛПНП [26]. При этом описано активное выведение Lp-X из плазмы через почки [3]. Вероятнее всего, отсутствие Apo-B в структуре Lp-X направлено на выведение избыточного количества желчных кислот и холестерина из общего кровотока пациентов с ПБХ минуя печень, неспособную в

полной мере осуществлять желчевыделительную функцию [3]. АпоА-1 является активатором лецитин-холестерол-ацилтрансферазы (ЛХАТ). При ПБХ может отмечаться снижение активности этого фермента [27]. Наличие незначительного количества этерифицированного холестерина в Lp-X частице индуцируется присутствием в её составе небольшого количества АпоА-1 [28]. Показано, что концентрация Lp-X в плазме определяется степенью холестаза и дефицитом ЛХАТ [3]. Выявление дефицита ЛХАТ у пациентов с ПБХ требует проведения дифференциальной диагностики с первичным дефицитом ЛХАТ. При первичном дефиците ЛХАТ, врожденном дефекте, наличие Lp-X сопровождается **низкой концентрацией ХС ЛПВП**, анемией, помутнением роговицы и нарушениями функции почек [29].

Содержание сывороточного ХС при ПБХ увеличивается из-за присутствия Lp-X, который имеет плотность аналогичную плотности ЛПНП. Это делает ХС Lp-X неотличимым от ХС ЛПНП при его количественном определении. Из-за этого сходства в плотности, Lp-X часто ответственен за ложное повышение уровня ХС ЛПНП. Поэтому повышение ХС ЛПНП у пациентов с ПБХ требует осторожной интерпретации и при необходимости, проведения исследования на определение Lp-X [19].

Патогенез появления Lp-X при холестазе полностью не выяснен, также как и не определено место его образования. Высказывается предположение о регургитации желчи в плазменный компартмент, как следствие холестаза. В результате желчные ЛП, попадая в плазму крови, не содержащую желчные кислоты и содержащую большую, чем в желчи концентрацию альбумина, перестраиваются с образованием частиц Lp-X с везикулярной структурой [19]. Именно поэтому соотношение альбумин/желчные кислоты в плазме крови важно для формирования и поддержания структурной организации Lp-X [24]. При этом у пациентов с ПБХ концентрация фосфолипидов (ФЛ) и неэтерифицированного холестерина, определяемая в липопротеиновых комплексах печеночной порции желчи аналогична содержанию ФЛ и свободного ХС в Lp-X [24]. Однако при этом, во вновь образовавшихся Lp-X увеличивается количество альбумина и происходит «разбавление» в них концентрации желчных кислот, со снижением их количества до $<0,01\%$, по сравнению с их количеством ($\sim 1\%-3\%$) в желчных ЛП [15]. Вероятно, происходит перераспределение жёлчных кислот

между желчными и сывороточными липопротеинами. В работе Heimerl S. et al. сообщается об идентичном до $<0,01\%$ содержании желчных кислот в ЛПНП у пациентов с холестазом и наличием Lp-X [15]. В то время как у этих же пациентов в ЛПВП желчные кислоты не обнаруживаются [15].

Подтверждением гипотезы об образовании Lp-X в результате регургитации желчи в кровь, служат данные, полученные Manzato et al., которые показали, что липопротеин желчи может быть преобразован в «Lp-X-подобный» материал *in vitro* путем добавления альбумина или сыворотки к нативной желчи [24]. «Lp-X-подобный» материал, образованный *in vitro*, имеет физико-химические и химические характеристики, аналогичные или идентичные Lp-X, выделенному из сыворотки. И наоборот, инкубация *in vitro* Lp-X с желчными кислотами, может преобразовывать их в частицы, подобные желчному ЛП [24]. В связи с этим считается, что Lp-X представляет собой комбинацию желчного липопротеина и альбумина. [6].

Возможен и другой механизм образования Lp-X. По-видимому, жёлчные кислоты при ПБХ могут попадать в общий кровоток не только с желчными липопротеинами. Но их поступление и наличие в крови обязательно будет инициировать образование комплексов с фосфолипидами и холестерином за счет мощных детергентных свойств жёлчных кислот. Образование таких комплексов требует дополнительного синтеза как фосфолипидов, так и свободного (неэтерифицированного) холестерина. Для синтеза фосфолипидов необходимы жирные кислоты и ортофосфат. Данные Heimerl S. et al. свидетельствуют об увеличении синтеза жирных кислот и фосфолипидов в печени при холестазе [15]. Отмечено значительное увеличение уровня ФЛ в холестатической плазме по сравнению с контролем ($6036 \pm 1917 \mu\text{M}$ против $1902 \pm 492 \mu\text{M}$) [15], а также повышенный уровень пальмитиновой и олеиновой жирных кислот. Эти жирные кислоты являются основными компонентами фосфатидилхолинов желчи (рис. 4).

Фосфолипиды и неэтерифицированный холестерин в достаточном количестве содержатся в липопротеинах низкой плотности, которые синтезируются в печени и являются основными структурами, транспортирующими холестерин из печени к периферическим тканям. Это позволяет желчным кислотам, попавшим в общий кровоток в результате холестаза, инициировать сольюбилизацию фосфолипидов и холестерина из ЛПНП с образованием мицеллярно-лямеллярных комплексов

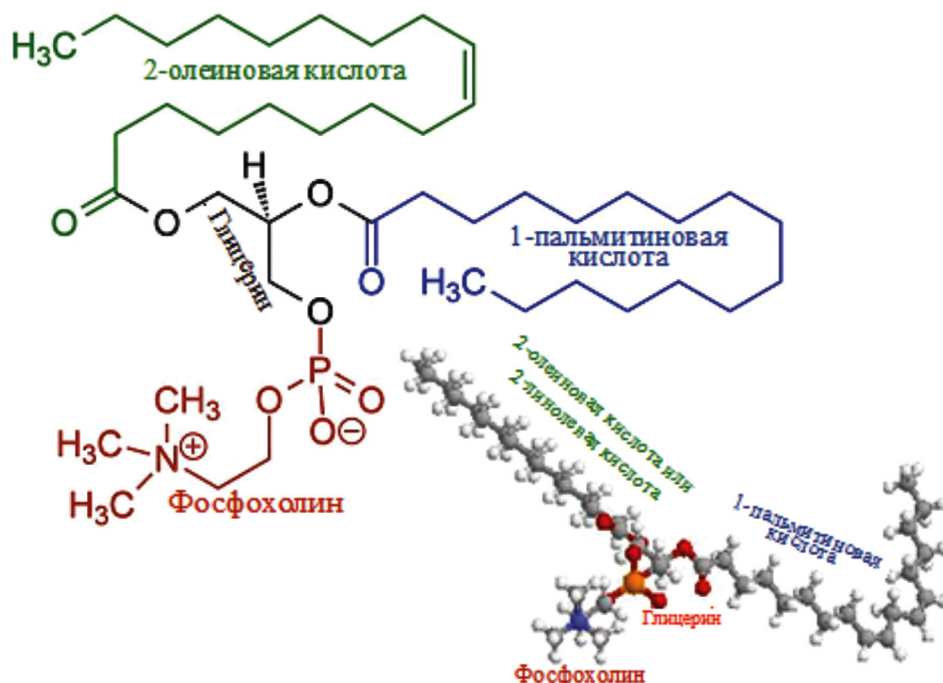


Рисунок 4. Химическая структура фосфатидилхолина, содержащего пальмитиновую и олеиновую жирные кислоты

и вовлечением в этот процесс альбумина плазмы. Этот механизм может быть ответственным за повышенный синтез ЛПНП в печени и увеличение их содержания в плазме крови у пациентов с ПБХ. Данные Heimerl S. et al. свидетельствуют о том, что липидный состав ЛПНП и ЛПВП в образцах плазмы крови от пациентов с синдромом холестаза очень похож на липидный состав Lp-X с заметным увеличением мононенасыщенных молекул фосфатидилхолина (ФХ 32:1, ФХ 34:1), фосфатидилэтаноламина (ФЭ 32:1, ФЭ 34:1), свободного холестерина, при одновременном снижении уровня этерифицированного холестерина по сравнению с контролем [15]. Эти данные указывают на то, что образование Lp-X происходит не только в результате регургитации желчи, но и в связи с увеличением поступления ФЛ и холестерина, синтезируемых в печени в ответ на попадание желчных кислот в общий кровоток [15]. Авторы показали, что повышенный синтез жирных кислот и ФЛ в печени играет важную роль в образовании Lp-X при холестазе и, что их поступление в общий кровоток вероятнее всего происходит в везикулярной форме, и возможно совместно со свободным ХС [15]. Наверное, именно поэтому Lp-X не ингибирует синтез холестерина *de novo* в печени *in vitro* и *in vivo* [9].

Особенности нарушения липидного обмена при ПБХ. Содержание в плазме крови пациентов с ПБХ пальмитиновой и олеиновой кислот, а также

фосфолипидов и холестерина повышается уже на ранних стадиях заболевания [21, 31]. Выявляемое повышение общего ХС у пациентов с ПБХ, прежде всего пытаются рассматривать с точки зрения его влияния на развитие атеросклероза и патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у этих больных [38]. Однако, повышение уровня холестерина у пациентов с ПБХ также, как увеличение содержания фосфолипидов, направлено на нейтрализацию детергентного действия желчных кислот, попавших в общий кровоток по мере нарастания холестаза. В этом плане дислипидемия при ПБХ является «аномальной», и представляет собой компенсаторный ответ организма на появление избыточного количества желчных кислот в общем кровотоке. И поэтому у пациентов с ПБХ несмотря на увеличение общего холестерина в плазме крови выявляется низкая степень стеатоза печени, повышенный уровень липопротеинов высокой плотности, появление в плазме крови аномального липопротеина X и низкий риск развития атеросклероза и сердечно-сосудистых событий [11, 40]. У пациентов, страдающих первичным билиарным холангитом у которых Lp-X присутствует в высокой концентрации, частота сердечно-сосудистых событий не увеличивается [3, 38]. В этом плане ПБХ может служить модельной системой для проработки нового направления в поиске и разработке препаратов для лечения дислипидемий.

Исследования Zhang Y. et al. показывают, что у пациентов с ПБХ самая низкая степень стеатоза печени не только среди пациентов с хроническими заболеваниями печени, но и ниже, чем у здоровых людей [40]. Механизм низкой степени сопутствующего стеатоза печени многофакторный. Недостаточное поступление желчных кислот в кишечник, приводящее к ухудшению всасывания жиров, стеатореи и дисбиозу кишечной микрофлоры у пациентов с ПБХ, могут привести к снижению отложения жира в печени [31, 32]. Кроме того, повышенная экспрессия фактора роста фибробластов 19 индуцирует снижение митохондриальной ацетилкоэнзим-А-карбоксилазы-2 (AAC2), что способствует окислению свободных жирных кислот и одновременно ингибирует синтез жирных кислот, что снижает накопление жира в печени и уровни триглицеридов в плазме [22].

Наличие Lp-X при заболеваниях печени имеет важное клиническое значение, поскольку его обнаружение считается наиболее чувствительным и специфичным биохимическим маркером холестаза [3]. Положительный тест на Lp-X показывает более чем 95% соответствие с гистологическими методами, используемыми для подтверждения синдрома холестаза [16]. Однако в связи со сложностью методики определения Lp-X и высокой информативностью биохимических маркеров – определение щелочной фосфатазы и $\square$ -глутамилтрансферазы, тест на определение Lp-X для диагностики состояния холестаза используется редко.

Заключение. Развивающееся нарушение процессов желчевыделения и энтерогепатической циркуляции желчных кислот у пациентов с ПБХ уже на ранних стадиях заболевания, приводит к недостаточному поступлению их в кишечник и попаданию желчных кислот в общий кровоток, что сопровождается дислипидемией, проявляющейся повышенным содержанием общего холестерина, фосфолипидов, жирных кислот, липопротеинов низкой и высокой плотности. Механизм гиперлипидемии при холестатических расстройствах, в том числе и у пациентов с ПБХ, отличается от такового при других состояниях, поскольку наряду с увеличением общего холестерина, отмечается повышение уровня ХС ЛПВП и появление необычного липопротеина X. Липопротеин X также, как и другие липопротеины плазмы крови, следует рассматривать как транспортные липидные структуры в общем кровотоке, появляющиеся в ответ на поступление желчных кислот в плазму крови, в результате холестаза. Образование Lp-X, скорее

всего является защитной реакцией организма, направленной на инактивацию детергентного действия желчных кислот на мембранные структуры форменных элементов крови и эндотелиоцитов сосудов. Именно желчные кислоты, а не содержание общего холестерина, коррелирует с уровнем Lp-X и определяет его образование. Сопутствующая гиперхолестеролемиа у пациентов с ПБХ протекает без увеличения частоты атеросклероза и сердечно-сосудистых событий, так как избыточное содержание холестерина при холестатических состояниях направлено на нейтрализацию детергентного действия желчных кислот, попавших в общий кровоток и, скорее всего, является компенсаторной реакцией организма. «Аномальная» гиперхолестеролемиа при ПБХ может служить модельной системой для поиска и разработки новых способов лечения дислипидемий.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 2-40 см. REFERENCES)

1. Недостаточность питания: от патогенеза к современному методу диагностики и лечения / О.И. Костюкевич, С.В. Свиридов, А.К. Рылова [и др.] // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, №12-2. – С. 216-225.

REFERENCES

1. Kostyukevich O.I. Nedostatocnost pitaniya: ot patogeneza k sovremennym metodam diagnostiki i lecheniya [Malnutrition: from pathogenesis to modern methods of diagnosis and treatment]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic Archives*, 2017, Vol. 89, No. 12-2, pp. 216-225
2. Ahmed M. Functional, Diagnostic and Therapeutic Aspects of Bile. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 2022, Vol. 15, pp. 105-120.
3. Ashorobi D., Liao H. *Lipoprotein X Induced Hyperlipidemia*. StatPearls Publ., 2022. PMID: 34283509
4. Chiang J.Y.L., Ferrell J.M. Up to date on cholesterol 7 alpha-hydroxylase (CYP7A1) in bile acid synthesis. *Liver Research*, 2020, Vol. 4 (2), pp. 47-63.
5. Cohen DE. Of TICE in Men. *Cell Metabolism*, 2016, Vol. 24 (6), pp. 773-774.
6. Crook M.A. Lipoprotein X: clinical implications. *Annals of Clinical Biochemistry*, 2013, Vol. 50, No. 2, pp. 93-94.
7. Deng S. HDL Structure. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 2022, Vol. 1377, pp. 1-11.
8. DiBaise J.K., Paustian F.F. Steatorrhea and weight loss in a 72-year-old man: primary biliary cirrhosis? Celiac disease? Bacterial overgrowth? What else? *American Journal of Gastroenterology*, 1998, Vol. 93, pp. 2226-2230.

9. Edwards C.M., Otal M.P., Stacpoole P.W. Lipoprotein-X fails to inhibit hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase in HepG2 cells. *Metabolism*, 1993, Vol. 42 (7), pp. 807-13.
10. Fellin R., Manzato E. Lipoprotein-X fifty years after its original discovery. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 2019, Vol. 29 (1), pp. 4-8.
11. Galoisian A. Clinical Updates in Primary Biliary Cholangitis: Trends, Epidemiology, Diagnostics, and New Therapeutic Approaches. *Journal of Clinical and Translational Hepatology*, 2020, Vol. 8(1), pp. 49-60.
12. Gerussi A. The Role of Epigenetics in Primary Biliary Cholangitis. *International Journal of Molecular Sciences*, 2022, Vol. 23 (9), pp. 4873.
13. Gylling H. Metabolism of cholesterol and low- and high-density lipoproteins in primary biliary cirrhosis: cholesterol absorption and synthesis related to lipoprotein levels and their kinetics. *Hepatology*, 1995, Vol. 21 (1), pp. 89-95.
14. Han W. Alterations in gut microbiota and elevated serum bilirubin in primary biliary cholangitis patients treated with ursodeoxycholic acid. *European Journal of Clinical Investigation*, 2022, Vol. 52(2), e13714.
15. Heimerl S. Lipid profiling of lipoprotein X: Implications for dyslipidemia in cholestasis. *Biochimica et Biophysica Acta*, 2016, Vol. 1861 (8 Pt A), pp. 681-687.
16. Heintz R.E. Lipoprotein-X disease in the setting of severe cholestatic hepatobiliary autoimmune disease. *Journal of Clinical Lipidology*, 2017, Vol. 11(1), pp. 282-286.
17. Kunkel H.G., Ahrens E.H. Jr. The relationship between serum lipids and the electrophoretic pattern, with particular reference to patients with primary biliary cirrhosis. *Journal of Clinical Investigation*, 1949, Vol. 28 (6 Pt 2), pp. 1575-1579.
18. Lamps S.J. Pathogenesis of steatorrhea in primary biliary cirrhosis. *Hepatology*, 1985, Vol. 5, pp. 837-842.
19. Leslie J.D., Jeffrey W.M. *Lipids and lipoproteins, in Contemporary Practice in Clinical Chemistry* (Fourth Edition). Academic Press Publ., 2020. pp. 487-506.
20. Leuschner U. Primary biliary cirrhosis--presentation and diagnosis. *Clinical Liver Disease*, 2003, Vol. 7 (4), pp. 741-758.
21. Lindor K.D. American Association for Study of Liver Diseases. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology*, 2009, Vol. 50, pp. 291-308.
22. Liu W.Y. Targeting fibroblast growth factor 19 in liver disease: a potential biomarker and therapeutic target. *Expert Opinion on Therapeutic Targets*, 2015, Vol. 19 (5), pp. 675-685.
23. Lowe D., Sanvictores T., John S. *Alkaline Phosphatase*. StatPearls Publ., 2022. PMID: 29083622
24. Manzato E. Formation of lipoprotein-X. Its relationship to bile compounds. *Journal of Clinical Investigation*, 1976, Vol. 57 (5), pp. 1248-1260.
25. Narayanan S. Biochemistry and clinical relevance of lipoprotein X. *The Annals of Clinical and Laboratory Science*, 1984, Vol. 14 (5), pp. 371-374.
26. Nemes K., Åberg F., Gylling H. Cholesterol metabolism in cholestatic liver disease and liver transplantation: From molecular mechanisms to clinical implications. *World Journal of Hepatology*, 2016, No. 8 (22), pp. 924-932.
27. O K., Frohlich J. Role of lecithin: cholesterol acyltransferase and apolipoprotein A-I in cholesterol esterification in lipoprotein-X in vitro. *Journal of Lipid Research*, 1995, Vol. 36 (11), pp. 2344-2354.
28. O'Kane M.J. Abnormalities of serum apo A1 containing lipoprotein particles in patients with primary biliary cirrhosis. *Atherosclerosis*, 1997, Vol. 131 (2), pp. 203-210.
29. Rao N. Lipoprotein X in autoimmune liver disease causing interference in routine and specialist biochemical investigations. *Clinical Lipidology*, 2017, Vol. 12, pp. 8-13.
30. Reshetnyak V.I. Concept on the pathogenesis and treatment of primary biliary cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*, 2006, Vol. 12 (45), pp. 7250-7262.
31. Reshetnyak V.I. Primary biliary cirrhosis: Clinical and laboratory criteria for its diagnosis. *World Journal of Gastroenterology*, 2015, Vol. 21 (25), pp. 7683-7708.
32. Reshetnyak V.I., Maev I.V. Mechanism for development of malnutrition in primary biliary cholangitis. *World Journal of Meta-Analysis*, 2022, Vol. 10 (3), pp. 81-98.
33. Ros E. Fat digestion and exocrine pancreatic function in primary biliary cirrhosis. *Gastroenterology*, 1984, Vol. 87, pp. 180-187.
34. Sarcognato S. Autoimmune biliary diseases: primary biliary cholangitis and primary sclerosing cholangitis. *Pathologica*, 2021, Vol. 113 (3), pp. 170-184.
35. Seidel D. A lipoprotein characterizing obstructive jaundice. II. Isolation and partial characterization of the protein moieties of low density lipoproteins. *Journal of Clinical Investigation*, 1970, Vol. 49 (12), pp. 2396-2407.
36. Shamshtein D., Liwinski T. Pathogenesis and management of fatigue in primary biliary cholangitis. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 2022, Vol. 10 (1), pp. 1-25.
37. Sherlock S. Nutritional complications of biliary cirrhosis. Chronic cholestasis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1970, Vol. 23 (5), pp. 640-644.
38. Sorokin A. Primary biliary cirrhosis, hyperlipidemia, and atherosclerotic risk: a systematic review. *Atherosclerosis*, 2007, Vol. 194 (2), pp. 293-299.
39. Walters J.R.F. UK Bile Acid Related Diarrhoea Network. Diagnosis and management of bile acid diarrhoea: a survey of UK expert opinion and practice. *Frontline Gastroenterology*, 2019, Vol. 11 (5), pp. 358-363.
40. Zhang Y. The liver steatosis severity and lipid characteristics in primary biliary cholangitis. *BMC Gastroenterology*, 2021, Vol. 21 (1), pp. 395.

ХУЛОСА

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ДИСЛИПИДЕМИЯ ВА ХУСУСИЯТҲОИ ОН ҲАНГОМИ ХОЛАНГИТИ АВВАЛИЯИ БИЛЛИАРӢ

Холангити аввалияи биллиарӣ, ки пештар ҳамчун сиррози аввалияи биллиарӣ маълум буд, бемории аҳёии аутомасунии чигар ба шумор рафта, асосан занҳо ба он гирифтор мешаванд. Халалёбии инкишофёбандаи раванди талхачудошавӣ ва даврзании энтерогепатии кислотаи талха дар беморони гирифтор ба холангити аввалияи биллиарӣ аллакай дар марҳалаи барвақтии беморӣ боиси камбудии ба рӯдаҳо расидан ва ба маҷрои умумии хун роҳ ёфтани кислотаи талха мегардад. Камбудии раҳ ёфтани кислотаи талха ба рӯдаи дувоздаҳангушта ба инкишофи малабсорбсия, нокифоягии тағзияи энергетикӣ, талафёбии вазн, лоғаршавии таричан авҷгиранда мусоидат мекунад. Механизмҳои патофизиологии талафёбии вазн ва тадричан авҷгирии лоғаршавӣ бо бад шудани раванди эмулгатсияшавии чарбҳо ва коҳиш ёфтани чаббиши маҳсулоти гидролизшаванда – кислотаҳои чарбӣ ва моноглитсеридҳо, стеаторҳо дар мавриди гирифторони холангити аввалияи биллиарӣ, инчунин дисбиози микрофлораи рӯда алоқамандӣ дорад. Аллакай дар марҳалаи барвақтии беморӣ он боиси суръат пайдо кардани кислотаҳои чарбии $\square$ -туршшуда мегардад, ки ба таллоюфи нокифоягии инкишофёбандаи энергетикӣ тағзия

равона шудааст. Ба маҷрои умумии хун раҳ ёфтани кислотаи талхаро, зимни холангити аввалияи биллиарӣ, дислипидемия ҳамроҳӣ менамояд. Механизми гиперлипидемия дар беморони гирифтор ба холангити аввалияи биллиарӣ аз чунинҳо ҳангоми ҳолатҳои дигар фарқ мекунад, зеро дар қатори афзудани холестерини умумӣ, боло рафтани сатҳи липопротеинҳои зичиашон баланд ва пайдо шудани липопротеини ғайриоддии X (Lp-X) ба мушоҳида мерасад. Гумон меравад, ки пайдо шудани охири реаксияи ҳифозатии организм маҳсуб меёбад, ки ба ғайрифайзолигардонии таъсири дегенеративии кислотаи талха ба сохтори мембранаи элементҳои формавии хун ва рағҳои эндотелиотситҳо равона шудааст. Хусусан кислотаи талха, на таркибаш холестерини умумидошта бо сатҳи липопротеини X ҳамбаста буда, ҳосилшавии онро муайян менамояд. Гиперхолестеролемиа ҳамроҳ дар беморони гирифтор ба холангити аввалияи биллиарӣ низ ба бартараф кардани таъсири дегенеративии кислотаи талха равона шудааст, ки ба маҷрои умумии хун раҳ меёбад ва яқинан реаксияи таллоюфии организм ба ҳисоб меравад. Гиперхолестеролемиа «нуқсондор» ҳангоми холангити аввалияи биллиарӣ метавонад ҳамчун системаи амсилавӣ барои ҷустуҷӯӣ ва таҳияи усулҳои нави табобати дислипидемия хизмат кунад, зеро бе афзудани басомади ҳодисаҳои дилу рағҳо қараён мегирад.

Калимаҳои калидӣ: холангити аввалияи биллиарӣ (ХАБ), халалёбии мубодилаи липидҳои ғизоӣ ҳангоми ХАБ, гиперхолестеролемиа, механизми инкишофи дислипидемия ҳангоми ХАБ.

ПАМЯТЬ**К 90 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
АСИМОВА АСЛИДДИНА
САЙФИДДИНОВИЧА**

В 2023 году исполняется 90 лет со дня рождения заслуженного врача Таджикистана, профессора Асимова Аслиддина Сайфиддиновича, внёсшего крупный вклад в развитие урологии республики. Он родился 29 января 1933 года в городе Худжанде, Согдийской области в семье рабочих. В 1952 году окончил медицинскую школу и работал фельдшером в областной больнице. В 1953 году поступил и в 1959 году окончил ТГМИ имени Абуали ибни Сино, по специальности “лечебное дело”. После окончания института до 1962 года работал врачом – хирургом в городской больнице Худжанда. В 1962 году проходил первичную специализацию по урологии при ТГМИ имени Абуали ибни Сино. В 1963 году поступил, а в 1965 году окончил аспирантуру при кафедре факультативной хирургии ТГМИ имени Абуали ибни Сино. С 1966 по 1967 года работал ассистентом кафедры урологии ТГМИ имени Абуали ибни Сино.

В 1969 году защитил кандидатскую диссертацию. В ТГМИ имени Абуали ибни Сино прошёл путь от ассистента до профессора кафедры урологии. С 1973 по 2010 года заведовал кафедрой урологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

С 1975 по 1992 года декан лечебного факультета. С 1973 по 1994 год главный уролог Министерства здравоохранения Таджикской ССР и Республики Таджикистан. С 1962 года до конца своей жизни судьба Асимова А.С. была связана с урологией. Подготовил 3 кандидатов медицинских наук. Профессор Асимов А.С. фактически являлся учителем всех урологов Республики Таджикистана конца 80-х и начала 21 века. Один из основоположников урологической школы.

За успехи в лечебной, научной и педагогической работе ему присуждено «Отличник здравоохранения СССР», «Заслуженный врач Таджикской ССР» и медаль «Шафкат», почётными грамотами Минздрава СССР и Республики Таджикистан.

Профессор Асимов А.С. был членом редакционного совета журнала «Урология и нефрология», член правления всесоюзного научного общества урологов, председателем общества урологов Таджикистана.

Сфера научных интересов охватывает почти все разделы урологии: публикаций лечения мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, а также вопросы половых органов. По вопросам варикозного расширения вен семенного канатика и мочекаменной болезни написал и опубликовано монографии. Постоянно выполнял большую лечебную работу. Осуществлял сложные, нередко уникальные операции на органах мочеполовой системы. Впервые в Таджикистане начал выполнять хирургические операции по коррекции и трансформации пола при ложном и истинном гермофрадитизме, а также фалопластике. Широко проводил и внедрял новые методы реконструктивно пластических операций в урологии по поводу обструкции мочевыводящих путей и половых органов.

Большой организаторский талант, высокое профессиональное мастерство, принципиальность и доброта являлись характерными чертами профессора Асимова А.С.

В годы своей научно-практической деятельности при его активном участии в нашей республике были организованы и открыты урологические отделения в областных центрах и нескольких районах и параллельно почти все районы республики были обеспечены врачами урологами.

На протяжении многих лет Асимов А.С. руководил рядом отделений больших городов и районов, где выполнялись наиболее сложные оперативные вмешательства и подготовка врачей урологов.

Он создал свою школу с оригинальным направлением в урологии. Им подготовлено много врачей урологов, которые успешно работают во многих уголках нашей страны, ближнего и дальнего зарубежья.

Для тех, кто знал его лично, он запомнился своим трудолюбием, преданностью своему делу, целеустремлённостью, огромным талантом хирурга, выдающимися организаторскими способностями, порядочностью, добрым отношением к своим ученикам, коллегам и больным.

Светлая память об Асимове А.С. навсегда сохранится в сердцах его друзей, учеников и последователей.

*Коллектив редакции журнала
Здравоохранения Таджикистана*

МИРЗОЕВА ЗУХРА АМОНДУЛЛАЕВНА



27 января 2023 года на 75 году ушла из жизни крупный специалист с мировым именем, ветеран труда, организатор здравоохранения, посвятившая всю трудовую жизнь проблемам отечественного здравоохранения, одна из основоположников реформы здравоохранения республики, доктор медицинских наук, профессор Мирзоева Зухра Амондуллаевна.

Мирзоева Зухра Амондуллаевна в 1973 году с отличием окончила лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института имени Абули ибн Сино.

После окончания института с 1973-1974 гг. успешно прошла клиническую интернатуру на кафедре акушерства и гинекологии ТГМИ им. Абуали ибн Сино.

По окончании клинической интернатуры с 1974 по 1977 гг. обучалась в аспирантуре Научно-исследовательском институте медицинской генетики АМН СССР, где в 1978 году успешно защитила диссертацию с присуждением ей ученой степени кандидата медицинских наук.

Свою трудовую деятельность начала с 1977 года в должности младшего научного сотрудника отдела гематологии проблемной лаборатории при кафедре акушерства и гинекологии Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибн Сино.

За период с 1977 по 1985 гг. прошла трудовой путь от младшего научного сотрудника отдела гематологии проблемной лаборатории ТГМУ имени Абуали ибн Сино до старшего научного сотрудника (по конкурсу) отделения медико-социальных проблем акушерства и педиатрии НИИ охраны материнства и детства Минздрава Тадж. ССР.

С 1986 г. в связи с избранием на выборную должность избрана председателем Республиканского

НЕКРОЛОГ

комитета профсоюза медицинских работников, где проработала до 1995 г.

С 1995 по 1999 гг. работала заместителем министра здравоохранения Республики Таджикистан.

С 1999 по 2003 годы работала начальником Управления планирования, координации и реформирования системы здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

С 2003 по 2015 годы возглавляла кафедру семейной медицины, одновременно являлась деканом факультета общественного здоровья и здравоохранения Института последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

За время руководства кафедрой благодаря её незаурядному таланту ученого, реформатора, гуманиста в стране были подготовлены десятки научных работников и сотни высококвалифицированных специалистов в области семейной медицины, кафедра семейной медицины признана на уровне мирового сообщества. Её вклад в развитии здравоохранения Таджикистана неоценим.

Наряду с педагогической и лечебной работой Мирзоева Зухра Амондуллаевна занималась научной деятельностью и добилась значительных успехов в этой области. В частности, в 2002 году защитила диссертацию на тему: «Социально-гигиеническое обоснование приоритетных направлений совершенствования системы охраны здоровья населения Республики Таджикистан» на соискание ученой степени доктора медицинских наук и с того же года ей присвоено ученое звание профессора.

За последние годы Зухра Амондуллаевна активно занималась общественной работой. С 2003 года и до конца жизни являлась председателем Национальной ассоциации семейных врачей Республики Таджикистан.

Заботливая и любящая мать Зухра Амондуллаевна прожила яркую жизнь, всегда имела активную позицию, её отличали глубокая человечность, подлинная интеллигентность, высокий профессионализм, жизненное и оптимизм.

Светлая память об этом энергичном и жизнерадостном человеке, сохранится в наших сердцах, а её имя в истории нашей республики. Она всегда будет для нас примером безграничной преданности своей профессии, милосердия и мудрости. Мы навсегда запоем её жизненную энергию, жизнелюбие, высокие душевные и этические качества.

Светлая память о Зухре Амондуллаевне сохранится в наших сердцах навсегда.

Учителя, ученики и коллектив редакции журнала «Здравоохранение Таджикистана» глубоко скорбят о безвременной кончине Мирзоевой Зухры Амондуллаевны и выражают глубокие соболезнования родным и близким покойной.